55350

ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES.

TOME QUATRIÈME (2me SÉRIE.)

AVRIL 1836.

BRUXELLES,

ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, RUE DE FLANDRE, N° 155.

1836.

BULLETIN MÉDICAL

BELGE,

RÉDIGÉ

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS,

ET PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DE

J.-R. MARINUS,

DOCTEUR EN MÉDECINE, SECRÉTAIRE-ADJOINT DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES, MEMBRE CORRESPONDANT DE L'INSTITUT HISTORIQUE, DE LA SOCIÉTÉ ROYALE DES SCIENCES, LETTRES ET ARTS D'ANVERS, DES SOCIÉTÉS DE MÉDECINE DE LOUVAIN, DE GAND, DE CAEN, DE LA SOCIÉTÉ POLYTECHNIQUE DE PARIS, DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE D'AMSTERDAM, ETC.

4me LIVRAISON. — AVRIL 1836.

BRUXELLES,

ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, RUE DE FLANDRE, N° 155.

1836.

BULLETIN MÉDICAL BELGE.

N° 4. — AVRIL 1836.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

RAPPORT GÉNÉRAL SUR LES MÉMOIRES ENVOYÉS AU CONCOURS, EN RÉPONSE A LA QUESTION SUIVANTE, PROPOSÉE POUR SUJET DE PRIX :

L'inflammation est-elle toujours identique dans sa nature? Dans la négative, établir les caractères généraux des différentes modifications auxquelles elle est soumise dans les maladies, et les changemens les plus notables que chacune de ses formes doit faire subir au traitement.

(Lu dans la séance du 2 février 1836.)

Messieurs,

De toutes les maladies qui affligent l'espèce humaine, la plus commune est l'inflammation. Elle constitue, pour ainsi dire, les deux tiers des affections pathologiques, soit comme état essentiel, soit comme complication. Tout ce qui peut contribuer à jeter quelque lumière sur sa nature, sur les formes diverses qu'elle peut revêtir, et sur les différens traitemens qu'elle réclame, est donc d'un grand intérêt pour l'art et l'humanité.

La Société des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles, en proposant une question qui la concerne spécialement, a voulu contribuer aux progrès de cette branche importante de la médecine. Mais en mettant au concours la question de l'inflammation, la Société n'a pas eu en vue l'inflammation simple, due à des causes physiques, mécaniques ou chimiques, qui, de toutes les affections pathologiques, est la mieux connue; mais bien l'inflammation spécifique, dont l'essence et le traitement sont encore environnés de ténèbres. La Société attendait des concurrens qu'ils se seraient efforcés de faire, pour les inflammations internes, ce que les oculistes, les chirurgiens et les dermatologistes ont fait pour les inflammations des yeux, les ulcères et les phlogoses cutanées. Il est démontré maintenant que les inflammations des yeux sont tantôt rhumatismales, goutteuses, catarrhales, syphilitiques, et que chacune de ces spécialités offre des caractères distincts et réclame une médication différente; les chirurgiens ont divisé les ulcères en psoriques, vénériens scorbutiques, variqueux, atoniques, auxquels ils opposent des moyens en rapport avec la nature de l'inflammation ulcérative.

Il en est de même des inflammations de la peau : elles présentent d'innombrables variétés, qui ne sont point créées à plaisir, mais bien dans des vues médicatrices.

Quels progrès n'aurait pas fait la thérapeutique des inflammations internes, si l'on avait suivi la même marche dans leur étude! Combien d'affections résistent chaque jour à tous les remèdes qu'on leur oppose, qui se dissiperaient peut-être avec facilité, si l'on connaissait bien leur source ou l'état général qui les entretient!

On ne doit pas cependant se dissimuler que la faute n'en est pas entièrement aux pathologistes; il faut tenir compte des difficultés sans nombre que présente la matière. Les inflammations internes ne sont pas exposées à la vue comme les externes. Tous les renseignemens précieux que procure l'inspection oculaire, sont donc perdus pour ce genre de maladies.

Toutefois, les difficultés ne sont peut-être pas insurmontables. Il existe, disséminés dans beaucoup d'écrits, des matériaux précieux qu'une main habile pourrait recueillir et auxquels elle pourrait ajouter les résultats de sa propre expérience et de ses réflexions. La Société elle-même, par la question qu'elle a proposée, serait parvenue à lever quelques-unes de ces difficultés, si les concurrens l'eussent mieux comprise. La Société ne leur avait pas demandé les dissemblances qui existent entre les inflammations, elles sont nombreuses et bien connues; mais bien les différens caractères que l'inflammation proprement dite revêt suivant son origine et l'état général de l'économie.

L'auteur du travail portant pour devise : *Necessitas medicinam invenit tempus perficit*, entre en matière en donnant une idée générale de l'inflammation. Aucune des définitions données de cet état pathologique ne lui paraît satisfaisante, et il leur substitue celle-ci : L'inflammation est un processus morbide irritatif, qui porte dans la partie affectée un nouveau mode de vie et une tendance à subir diverses altérations, parmi lesquelles il y a toujours, en premier lieu, excès de nutrition.

Cette définition ne nous semble pas plus heureuse que celles qui l'ont précédées et s'applique aussi bien aux congestions qu'aux phlogoses.

Le concurrent, à propos de la nature de l'inflammation, examine l'opinion émise par le docteur Latour. On sait que ce médecin considère l'augmentation de chaleur comme le principal phénomène de cette affection, et la caloricité comme une fonction du système nerveux ganglionaire. L'auteur ne partage pas complétement son

opinion ; il est disposé à croire que la rougeur, l'injection, constituent les phénomènes fondamentaux de la phlogose. Mais ici, comme précédemment, le concurrent oublie que ce symptôme est aussi caractéristique de la congestion et qu'il ne peut pas l'être conjointement de deux états différens.

L'auteur reconnaît que l'inflammation n'est pas toujours identique dans sa nature (pag. 2), 1° parce qu'elle n'exerce pas toujours le même effet sur l'organe prétendument affecté ; 2° parce qu'elle ne porte pas toujours le même désordre secondaire dans les autres organes ; 3° enfin, parce que le traitement doit varier selon l'intensité, les causes et la structure des organes affectés.

Ce simple exposé des conclusions de l'auteur sur la nature de l'inflammation, démontre suffisamment qu'il n'a pas compris la question proposée et qu'il s'est arrêté à établir entre les inflammations des différences que personne n'a jamais contestées et qui étaient admises de temps immémorial.

L'auteur termine son travail en traçant un tableau très-abrégé des causes, des symptômes et du traitement de la plupart des inflammations.

Le mémoire n. 2, écrit en latin, portant pour épigraphe : *Vera autem nobis et ad praxim unice adplicanda erit illa theoria quæ in veris principus fundatur experientiæ superstructis, ac filici aventa in praxu coronatur*, contient des opinions qui s'écartent beaucoup de celles universellement admises aujourd'hui.

L'auteur débute par un pompeux éloge du fluide vital et des admirables effets qu'il produit dans l'économie animale. C'est lui qui constitue l'essence de la vie ; c'est de lui que dérivent la santé ou les maladies.

L'auteur examine successivement toutes les opinions émises sur la nature de la phlogose ; c'est à celle de Bellinghieri et Gistelli qu'il donne la préférence, parce que ces auteurs distinguent dans l'inflammation deux états successifs, un état de débilité des vaisseaux des nerfs de la partie affectée, et par suite une congestion sanguine qui résulte de ce que les fluides se portent toujours là où ils éprouvent le moins de résistance ; un second état de réaction, de fièvre, d'augmentation d'action des vaisseaux capillaires.

Cependant cette opinion, qui ne fait pas connaître l'origine de la débilité des vaisseaux et des nerfs, ne le satisfait pas complétement. Il lui en substitue une autre, dans laquelle il admet dans toute inflammation trois élémens différens : le premier de ces élémens est la faiblesse d'un organe ou d'un système entier produite par une déperdition plus ou moins considérable du fluide vital ; le second élément consiste dans l'afflux d'une certaine quantité de fluide vital et de sang vers la partie ainsi affaiblie pour établir l'équilibre dérangé, et répartir plus convenablement le fluide vital dans l'économie ; la plus ou moins facile restitution du fluide vital à la partie affectée forme le troisième élément constitutif de l'inflammation.

Cette théorie ne nous semble pas en harmonie avec le raisonnement et les faits La vie ne s'entretient que par les stimulans ; l'homme en est environné de toute part, et il est toujours très-disposé à en abuser ; comment les effets pourraient-ils être diamétralement en désaccord avec les causes ? Nous voyons tous les jours une partie qui a été exposée à des causes débilitantes s'affaiblir sans qu'il en résulte de l'inflammation. On aurait beau couvrir de sangsues, entourer de cataplasmes émolliens et baigner continuellement une partie quelconque, on ne parviendrait pas à déterminer cet état morbide. La chlorose, l'anémie, l'asphyxie, qui sont des affections asthéniques par excellence, ne sont que très-rarement accompagnées de phlogose, et alors même la phlogose n'en est qu'une complication, et nullement un élément nécessaire. Tout organe longtemps affaibli est jeté dans un état d'anémie, au lieu de devenir le siége d'une congestion sanguine.

L'auteur divise les inflammations en quatre grandes classes : 1° les inflammations accompagnées d'un état sthénique général avec abondance et facile réparation de fluide vital dans tout l'organisme ; 2° celles qui sont dues à des causes plus débilitantes, avec état général plus débile et moins facile réparation du fluide vital ; 3° celles qui se trouvent associées à un état de débilité générale, avec difficile réparation du fluide nerveux ; 4° enfin, celles où la débilité est très-grande, générale, ou existant depuis longtemps ; ou bien qui doivent leur origine à des causes miasmatiques, contagieuses, anéantissant directement la vitalité.

L'auteur oppose à la première de ces classes d'inflammation le traitement antiphlogistique, plutôt les sangsues que les saignées ; quant à la troisième classe, le concurrent pense que le traitement débilitant peut encore être mis en usage dans quelques cas rares ; mais qu'il faut surtout chercher à éloigner les causes et insister sur un régime composé de viandes tendres, de lait et d'œufs, et sur les médicamens qui ont la propriété de fournir du fluide vital, tels que le quinquina, le fer, le mercure, etc. Dans la quatrième classe, l'auteur donne la préférence au traitement tonique et excitant.

Il nous semble que tout ce qui précède se réduit à ceci, qu'il faut traiter les inflammations suivant l'état général des forces. Le concurrent ne reconnaît d'autres différences parmi les inflammations que celles qui résultent de leurs causes, de leur intensité, de leur étendue, de leurs symptômes, marche, produits et issues respectifs.

L'auteur du mémoire n. 3, portant pour épigraphe : *Genuina enim observatio ibi devit oportet, ubi observatoris judicium a præconcepta opinione ducitur ; nec sana ratio ultra limites experientiæ procedit*, est le seul qui ait bien compris la question et saisi le but de la Société en la proposant. Mais, comme il le dit lui-même, le temps et les ressources lui ont manqué pour rendre son travail aussi parfait qu'il eût pu le devenir.

Dans des considérations préliminaires, il s'élève contre la manie de certains médecins, de vouloir ranger à l'aide de rapprochemens forcés toutes les affections morbides dans la grande classe des inflammations. C'est à peine si on en exclut quelques difformités et quelques

maladies chirurgicales ; encore a-t-on trouvé pour quelques-unes le moyen de les rattacher par quelque anneau à la longue chaîne des inflammations.

L'auteur, après quelques généralités sur l'inflammation, et pour mettre de l'ordre dans son travail, le divise en trois parties : dans la première il s'occupe de l'inflammation relativement à la fièvre qui l'accompagne; la seconde est consacrée aux inflammations spécifiques; la troisième comprend les inflammations gangréneuses.

La fièvre qui accompagne l'inflammation est, selon notre auteur, tantôt inflammatoire ou périodique, tantôt gastrique ou typhoïde. Nous concevons l'inflammation avec fièvre plus ou moins intense ou inflammatoire; mais une inflammation avec fièvre intermittente, gastrique ou typhoïde ne peut être qu'une inflammation compliquée de fièvre intermittente, d'un état gastrique ou de typhus. Une inflammation coexiste souvent avec l'un ou l'autre de ces trois états ; chacun de ces états peut se compliquer d'une ou plusieurs inflammations, mais c'est abuser des termes que de donner le nom de fièvres à de semblables combinaisons.

L'auteur admet une inflammation atonique. Il entend par là une inflammation survenant chez un individu fort affaibli ou passé à l'état atonique par un traitement antiphlogistique trop énergique et trop prolongé.

Il passe ensuite aux inflammations spécifiques, dont il ne traite que très-superficiellement, tandis que d'après le vœu de la Société, c'était la partie de son mémoire sur laquelle il devait s'étendre davantage. Il ne s'occupe que de la syphilis, du scorbut et des scrofules et omet complétement le rhumatisme, la goutte, les inflammations aiguës et chroniques de la peau, le typhus, les inflammations miasmatiques, etc.

Le concurrent termine son mémoire par les inflammations gangréneuses, sur lesquelles il ne dit rien qui mérite d'être rapporté.

Le quatrième mémoire porte pour épigraphe : *Nihil temere credendum nihil quo negligendum.* Ce mémoire décèle dans son auteur un médecin instruit, laborieux, qui s'est occupé consciencieusement de la tâche qu'il s'est imposée. Il est à regretter que, méconnaissant la portée de la question, il n'ait consacré que deux pages à l'inflammation spécifique, et encore sont-ce plutôt des sentences qu'il prononce que des preuves qu'il donne à l'appui de son opinion, qui consiste à rejeter toute espèce de spécificité. Ce n'était pas en quelques mots qu'il était possible de décider une question aussi importante. Si la Société se fût bornée à proposer la question de l'inflammation simple, il est très-probable que le concurrent l'eût emporté. En effet, l'inflammation en général, ses causes, ses symptômes, sa marche, son traitement, les modifications que présente l'inflammation dans les différens tissus, sont traités avec beaucoup de soin et avec les détails convenables.

L'auteur du dernier mémoire, n. 5, portant pour devise : *Ubi stimulus ibi fluxus*, est tombé dans le même défaut que celui du mémoire précédent; son travail forme une excellente monographie de l'inflammation. L'inflammation en général, son état aigu, son état chronique, ses causes, sa marche, ses terminaisons et son traitement, laissent peu à désirer. Mais quand il est arrivé aux formes spécifiques, il s'en occupe à peine, et encore n'est-ce que des phlogoses de la peau. L'inflammation spécifique existe-t-elle ou n'existe-t-elle pas? Imprime-t-elle quelques modifications particulières au traitement de l'état inflammatoire? Telles étaient les questions qui auraient dû attirer exclusivement l'attention du concurrent et qu'il a à peine effleurées dans son volumineux mémoire.

Déjà sans doute, Messieurs, vous avez pressenti, d'après l'examen auquel nous venons de nous livrer sur les mémoires envoyés au concours, qu'aucun des auteurs ne nous semble avoir mérité le prix désigné, faute d'avoir répondu d'une manière précise et satisfaisante à la question proposée. Cependant, quelques-uns d'entre eux ayant donné dans leurs mémoires des preuves d'un talent incontestable, il leur serait très-pénible d'être frustrés de la récompense due à leur science, à leurs efforts, pour n'avoir pas bien saisi la question. Nous vous proposons en conséquence d'accorder une mention honorable et le titre de membres de la Société aux auteurs des mémoires numérotés 4 et 5.

Ch. Van Mons, rapporteur.
Bauwens et Laisné, commissaires.

Note sur l'emphysème vésiculaire (anatomie pathologique); par L. Bellefroid, Docteur en médecine.

On doit grouper en deux genres les lésions qui s'observent dans l'emphysème. Ces genres ne sont pas seulement caractérisés par la différence anatomique qui les constitue, mais encore par celle de leur mode de production et des époques de la vie auxquelles on les observe habituellement.

Premier genre : — Dilatation des vésicules sans destruction de leurs parois.

Deuxième genre : — Destruction des parois d'un plus ou moins grand nombre de vésicules et formation de cavernes variables en forme et en grandeur.

§ I. Je crois devoir admettre dans le premier genre de lésions deux espèces qui, sans être toujours faciles à reconnaître sur le cadavre, ont cependant une existence bien distincte chez le vivant, eu égard aux causes qui les produisent et au point de départ de la lésion qui le constitue.

J'admets donc 1° une dilatation purement mécanique des vésicules, seule espèce que Laënnec ait bien reconnue et qui a pour causes tous les obstacles plus ou moins prolongés à la respiration (croup, coqueluche, etc.), mais surtout ceux qui siégent dans les bronches d'un petit calibre, comme la variété de catarrhe que Laënnec a nommée catarrhe sec, le catarrhe suffoquant, enfin, cette espèce d'asthme qui consiste dans le spasme des fi-

bres musculaires des petits rameaux bronchiques, asthme dont on ne révoque plus en doute la possibilité depuis que les belles recherches de Reisseissen (de fabricâ pulmonum. Berlin, 1822) ont démontré l'existence de ces fibres.

Au reste, on conçoit facilement le mode de formation tout mécanique de cette espèce, quand on fait attention qu'il est un point de distension extrême auquel tout organe élastique perd son élasticité en totalité ou en partie, point d'où il lui est impossible de revenir sur lui-même. On sent d'ailleurs que cette cause mécanique doit agir pendant un certain temps et d'une manière pour ainsi dire graduelle, et que violente et instantanée, elle doit produire au contraire la rupture d'une ou de plusieurs vésicules et rentrer dans les cas d'emphysème interlobulaire dont nous n'avons pas à nous occuper ici.

Quand on considère que les chevaux sont de tous les animaux ceux qui se livrent aux efforts les plus violens et que l'emphysème attaque le plus fréquemment, on ne peut pas s'empêcher de mettre ces efforts au nombre des causes les plus puissantes de cette maladie : on remarquera d'ailleurs que certaines professions, comme celles de portefaix, de carriers, etc., qui sont souvent soumises aux mêmes conditions, l'offrent très-souvent; car je crois pouvoir établir que cette classe d'individus fournit 1 emphysémateux sur 4. — 2° Cette cause mécanique, en continuant son action, produit dans la vésicule pulmonaire une excitation dont la nature nous échappe, mais dont le résultat final est un véritable excès de nutrition, une hypertrophie de la vésicule (1). Elle constitue la 2e espèce du premier genre que j'ai établi. Dans ce cas la cellule est soumise à la loi qui régit tous les organes creux, c'est-à-dire, qu'en même temps que sa cavité s'augmente, d'une manière graduelle, en même temps aussi ses parois augmentent d'épaisseur et de consistance. Cette 2e espèce est du reste très-difficile à distinguer de la première et ce n'est qu'après un examen attentif et prolongé avec la loupe qu'on peut constater un soupçon d'épaississement dans les parois de ces vésicules. Mais ce qui pourra peut-être mieux servir à les reconnaître, c'est que j'ai cru remarquer qu'en passant le dos du scalpel sur ces vésicules, elles ne se vidaient jamais complétement d'air, tandis que dans celles de la première espèce, le contraire avait toujours lieu, et qu'en incisant leurs parois, les bords de cette incision restaient droits et fermes, tandis que dans le même cas les bords de celles de la 1re espèce s'affaissaient souvent complétement. On peut d'ailleurs affirmer qu'on a à faire à des vésicules simplement dilatées, quand la lésion est récente, quand elle se borne à une petite étendue du poumon et qu'elle occupe son bord extérieur seulement.

(1) Il est probable que cette hypertrophie peut être primitive et que c'est à elle qu'il faut rapporter la plupart des cas d'emphysème débutant dès l'enfance des maladies. Mais quand l'observation la constatera-t-elle ?

D'ailleurs, dans les deux cas, les vésicules présentent l'aspect suivant : quand on examine la surface du poumon on voit un plus ou moins grand nombre de saillies vésiculeuses souvent transparentes, rarement blanchâtres ou grisâtres, étranglées à leur base, fréquemment ramassées en paquets et ressemblant beaucoup à des bulles de savon sans mousse ou aux vésicules de l'*eczema rubrum*. Ces saillies varient en grosseur depuis celle d'un grain de millet jusqu'à celle d'un grain de chenevis. J'ai de bonnes raisons pour croire que les vésicules simplement dilatées ne vont pas au delà de cette limite. Les plus grosses de ces vésicules ne se vident jamais parfaitement d'air par la pression. L'insufflation les fait se dessiner plus clairement et en produit tout autour une foule de petites qu'un premier examen n'avait pas fait apercevoir. Laënnec compare cette disposition de la surface des poumons emphysémateux aux poumons des batraciens et sauf les stries sanguines que la parfaite transparence de ces derniers nous permet d'y voir, la ressemblance est parfaite. Quand on observe à l'extérieur d'un poumon un grand nombre de ces renflemens vésiculeux, on trouve que presque constamment les plus gros correspondent au bord tranchant du lobe supérieur du poumon gauche et que souvent leur nombre et leur volume vont en diminuant de la partie supérieure à la partie inférieure du poumon. Maintenant est-il vrai qu'on peut quelquefois reconnaître par la simple inspection l'épaississement des parois de quelques-unes de ces vésicules? est-il vrai surtout que ces parois offrent dans certains cas plus de résistance que dans l'état normal, quand on veut les diviser? J'avoue que je ne connais et ne possède aucune observation qui puisse m'enhardir à résoudre ces questions autrement que par des à peu près et souvent les à peu près sont des presque rien. Au reste, on voit quelquefois disseminées sur un poumon emphysémateux trois, quatre vésicules à aspect laiteux et à parois résistantes et craquant à l'incision : là l'épaississement est patent, mais ce n'est plus simplement hypertrophie. La disposition que les vésicules offrent à l'intérieur des poumons est beaucoup plus difficile à constater que celle qui se dessine à leur surface et ce n'est que par l'injection du mercure, par l'insufflation et la dessiccation que l'on peut reconnaître les nuances qui sont le passage de l'état normal à l'état morbide. Le tissu pulmonaire paraît plus ferme que dans l'état naturel quoiqu'il ne contienne pas en moins la quantité notable d'humidité que Laënnec dit y avoir vu manquer : je me suis assuré de ce dernier point par la dessiccation. On trouve d'ailleurs la cavité des vésicules augmentée et celles-ci disposées par groupes comme elles le sont à l'extérieur du poumon et alors elles entourent souvent des cavernes plus ou moins étendues. Je n'ai pas observé que les vésicules fussent déformées soit à l'intérieur soit à l'extérieur du poumon et je pense que quand elles le sont, on doit les ranger dans le 2e genre que nous avons établi. On doit remarquer qu'en général les poumons emphysémateux viennent faire saillie à l'ouverture pratiquée au thorax, que leur volume est plus considérable

que dans l'état normal et qu'en les roulant dans les mains. On ne peut pas les rendre mous et flasques comme les poumons sains : la crépitation qu'ils font entendre est plus sourde et l'air paraît s'y déplacer comme en masse.

§ II. Le second genre de lésion, le seul que M. le professeur Andral admettre dans l'emphysème, ne se rencontre jamais seul, au moins chez les jeunes gens ; chez les vieillards au contraire, où il forme pour ainsi dire un état en rapport avec le reste de leur organisation, on le trouve fréquemment isolé. D'ailleurs il peut être primitif (chez les vieillards) ou consécutif et dans ce cas il succède presque toujours à une dilatation purement mécanique; alors on dirait que, par une singulière exception, les parois des vésicules s'amincissent peu à peu sous les efforts de la cause mécanique qui les dilate, qu'elles s'atrophient par cette pression en tout sens et finissent par disparaître par une véritable absorption.

Ce mode de production est loin d'être fréquent et c'est probablement à lui qu'on doit rapporter ces petites cavernes rares qu'on rencontre au milieu des poumons emphysémateux des jeunes gens.

Quand la lésion est primitive, elle peut se produire soit par atrophie successive des vésicules et par absorption de leurs parois, soit par rupture des cloisons contigues des vésicules et formation de larges cavernes. Ces deux cas, semblables par les symptômes diffèrent comme on voit, complétement par les causes.

Les lésions peuvent siéger dans les deux poumons ou dans l'un d'eux; mais on les rencontre le plus souvent au sommet du poumon gauche et à ses bords antérieur et postérieur. Le poumon est en même temps pâle et exsangue et son volume est augmenté, au moins chez les jeunes gens ; mais cela ne se voit pas toujours chez les vieillards, au moins dans le commencement de la maladie, puisqu'alors les côtes paraissent s'affaisser et diminuer la cavité du thorax ; mais bientôt l'air trouvant de larges cavités pour s'épancher, dilate le reste du poumon, tend à lui faire occuper un espace plus considérable et fait proéminer les côtes. On voit alors à la surface du poumon des bosselures (1) différentes de forme et de volume, souvent irrégulières, aplaties et paraissant comme entrecoupés par des brides qui les partagnet en différentes loges. Quand on les incise on voit que cette apparence extérieure répond à une disposition anatomique correspondant à l'intérieur et que des brides, débris probablement des parois des vésicules, les parcourent en différens sens : quelquefois ces parois crient sous le scalpel et paraissent formées d'un tissu ressemblant au fibro-cartilage. On y trouve quelquefois une petite quantité de sang, mais cela est fort rare et je ne crois l'avoir vu que deux ou trois fois : je n'y ai jamais trouvé de mucosités. C'est à cette espèce de cavernes qu'on doit rapporter les cellules que Laënnec a vu agrandir jusqu'au volume d'un noyau de cérise et même d'une amande (pag. 279. — Observat. VIII; pag. 318 et suiv., tom. I.) quoiqu'elles fussent exactement globuleuses et comme *pédiculées*, car il l'avoue lui-même en disant qu'il a *vu* au fond de cette espèce de creux de petites ouvertures par lesquelles la cellule aérienne ainsi dilatée communique avec celles qui l'avoisinent et avec les bronches. Il est d'ailleurs un moyen facile de s'en assurer en les insufflant sous l'eau : on voit alors sourdre de toutes parts une foule de petites bulles d'air qui viennent se réunir et éclater à la surface du liquide. — On doit encore remarquer que chez les vieillards cet état du poumon, arrivé à un degré étendu, forme une maladie très-dangereuse qui les emporte souvent en hiver, s'il leur survient quelque complication, comme catarrhe, légère pneumonie, etc., tandis qu'à un degré moindre il forme pour ainsi dire un état normal en rapport avec le peu de sang qui traverse les poumons et le peu d'activité de l'hématose.

L. B.

(1) C'est dans ce cas seulement qu'on peut entendre le bruit de frottement ascendant et descendant : dans l'emphysème vésiculaire du premier genre je ne l'ai jamais entendu.

Observation d'abcès enkysté dans le lobe moyen de l'hémisphère gauche du cerveau, chez un individu affecté de pneumonie chronique ; par Félix Binard, docteur en médecine, médecin de bataillon au 12e régiment d'infanterie.

Quelques auteurs ont mentionné dans ces derniers temps la coïncidence qui paraissait exister entre les affections des poumons et les abcès enkystés du cerveau et *vice versâ*. Dans la 1re observation de sa 6e lettre, le professeur Lallemand a insisté sur ce point.

La *Gazette médicale* (septembre 1835), contient un article extrait d'un journal allemand, où le professeur Albers de Bonn rapporte un cas très-remarquable de deux abcès circonscrits dans l'hémisphère droit du cerveau, accompagné de graves lésions dans le parenchyme pulmonaire qui était le siége d'une vomique, suite de plusieurs atteintes de pneumonie partielle. Cette observation intéressante est suivie de réflexions très-importantes sur la formation des abcès enkystés, que nous engageons tous les praticiens à lire et à méditer.

Nous croyons que l'observation suivante bien qu'incomplète (car il nous a été impossible de connaître les circonstances antérieures à l'affection pour laquelle le malade était traité), pourra offrir quelque intérêt, les cas d'abcès enkystés étant toujours très-rares si l'on en croit le professeur Albers qui n'a rencontré que deux fois cette maladie.

Le fait que je rapporte présente, comme on peut le voir, certaine analogie avec celui observé par le professeur de Bonn.

Le nommé S., soldat au 4e régiment d'infanterie, fût admis à l'hôpital militaire de Louvain dans le courant du mois d'avril 1833, pour une pneumonie chronique. Cette affection, sous l'influence d'un traitement anti-

phlogistique et révulsif, ne tarda pas à s'améliorer et le malade était en voie de guérison, lorsque tout à coup, sans cause appréciable, le bras droit devint le siége de violentes convulsions qui semblaient prendre leur origine à l'extrémité digitale de ce membre et se propageaient rapidement vers le tronc où d'abord elles semblèrent s'arrêter. Elles se répétaient par accès avec une effrayante rapidité, et étaient accompagnées d'une violente céphalalgie; pendant tout le temps que durait l'accès, les facultés intellectuelles étaient presque entièrement abolies. On pratiqua d'abord une saignée qui produisit un calme momentané. Le lendemain les convulsions avaient encore augmenté d'intensité; elles ne tardèrent pas à se communiquer au membre inférieur et au tronc du même côté. On répéta la saignée qui n'eut pas plus de succès que la veille. Le jour suivant les symptômes n'étant nullement diminués, on eut recours au cautère actuel appliqué à la nuque : ce puissant révulsif procura une amélioration notable, mais qui ne fut pas de longue durée; car les convulsions et la céphalalgie reprirent bientôt leur première force, et allèrent même en augmentant, jusqu'à ce que tout à coup elles parurent avoir entièrement disparu. Mais on s'aperçut bientôt que la paralysie venait de frapper les parties qui avaient été le siége de ces mouvemens désordonnés. La langue vint participer à cette nouvelle phase de l'affection, la parole devint très-difficile et la paralysie se généralisant davantage en peu de temps, le malade succomba le lendemain.

Autopsie, 24 heures après la mort.

Tête. Le crâne ne nous offre rien de remarquable. Du côté gauche et surtout vers le lobe moyen, la dure-mère est très-intimement unie au crâne : sa face interne adhère fortement à la pie-mère qui est épaissie et opaque.

La substance cérébrale qui entoure et qui compose le lobe moyen est ramollie, grisâtre, diffluente. A la partie supérieure de ce lobe on perçoit un point de fluctuation manifeste et on ne tarde pas à y reconnaître un abcès enkysté du volume d'un gros œuf de poule. Ce kyste bien organisé put être séparé sans se rompre; en l'incisant il s'en écoula une grande quantité de pus verdâtre, liquide et très-fétide. Ce kyste paraissait formé de deux membranes, l'une interne, lisse, ayant l'aspect d'une muqueuse; l'autre externe blanchâtre de forme fibreuse.

Les ventricules latéraux renfermaient une petite quantité de sérosité.

Poitrine. Les poumons offraient çà et là de nombreuses adhérences avec la plèvre costale : leur parenchyme présentait, surtout à gauche, et vers la partie moyenne, des noyaux d'hépatisation grise.

La cavité abdominale n'a rien présenté d'anormal.

—

HOMOEOPATHIE.

—

(4me et dernière lettre.)

A Monsieur le Rédacteur du Bulletin médical Belge.

Plusieurs de mes confrères ont blâmé mes attaques contre l'homœopathie, ils les ont blâmées en ce sens qu'ils ne croyaient pas ce système médical digne de quelque objection sérieuse. Peut-être ont-ils raison. Si cela est, je ne puis que regretter le temps que j'ai employé à étudier des rêveries, et plus encore celui que j'ai perdu à me débattre contre elles. Pour vous, M. le Rédacteur, vous pensez que les homœopathes et les allopathes ne parviendront jamais à s'entendre, et vous craignez beaucoup que de toutes ces discussions il ne sortira rien d'utile pour la science. Je suis de votre avis.

J'avais cru pour un instant à la possibilité de rencontrer quelque lumière nouvelle dans l'esprit sagace des médecins compatriotes qui nous apportaient avec enthousiasme la loi des semblables. Dans cette idée, j'ai cherché, de tous mes moyens, à faire jaillir cette lumière que j'y supposais lattente. Il me fallait froisser des amours-propres et blesser quelques intérêts, je l'ai fait. Vous savez ce qui en est advenu. On a dit que je ne connaissais rien en homœopathie. J'ai présenté des objections, j'ai soulevé le coin du rideau qui cachait des mystères, on a eu soin de m'éviter, et l'on ne m'a pas répondu. Cependant j'ai atteint mon but. j'ai acquis et pour moi et pour les autres, la conviction que le *quid devinum* que je cherchais, n'était pas plus en Belgique que partout ailleurs.

J'ai demandé aux homœopathes : prouvez que vos atomes ont une action. Je leur ai demandé encore :

Dites quelle part d'action vous accordez au repos du corps et de l'esprit dans le traitement des maladies ?

Quelle part à l'abstinence complète ou aux changemens apportés dans la qualité et dans la quantité des alimens ?

Quelle part aux boissons douces ou acidules, froides, chaudes ou tempérées ?

Quelle part à l'influence de l'atmosphère, aux gilets de flanelle et à tout ce qui préserve du froid, et de l'humidité ?

Quelle part à la privation du vin, du café, des liqueurs spiritueuses et d'autres petites jouissances que l'on se permet dans l'état de la santé ?

Quelle part aux distractions, aux promenades et aux exercices de tout genre ?

Quelle part aux effets prestigieux du médecin sur le malade ?

Quelle part au temps et au travail de la nature ?

Et enfin quelle part aux *millionièmes* que vous ajoutez gravement à toutes ces choses ?

Je n'ai pu, comme vous savez, obtenir la moindre explication sur ces questions, qui pourtant devraient être la base des connaissances homœopathiques. Ou ces

messieurs tiennent à garder soigneusement leurs secrets, ou bien ils ne savent comment s'y prendre pour se tirer honorablement d'embarras. De toutes manières je suis satisfait, je comprends assez leur malaise, et n'ai plus rien à leur demander.

Si vous avez lu, M. le Rédacteur, le récit abrégé des guérisons homœopathiques opérées à Liége, il vous aura été facile d'apprécier que ces faits, si prétentieusement affichés dans les colonnes d'un journal politique, prouvent moins encore que tout le reste. On nous promettait une liste de deux cents incurables traités et guéris radicalement par les atomes; au lieu de miracles, qui sans doute sont restés sous l'un des gobelets mystiques de l'homœopathie, on ne nous présente qu'une série de faits insignifians, et puis fiers de tant de merveilles l'auteur semble nous crier avec emphase: étudiez messieurs, étudiez, et reconnaissez enfin la puissance inouie des globules que vous injuriez!

Eh! messieurs les homœopathes, cent mille faits de la nature de ceux que vous nous rapportez ne changeraient en rien notre conviction. Il n'en est pas un qui prouve que vos décillions ont été pour quelque chose dans la guérison. Croyez-le bien, il est inutile que vous remplissiez des volumes de pareils faits, ou que vous les multipliez dans les journaux et dans les brochures. Il y en a assez. Il s'agit seulement de raisonner ces faits, et de permettre que l'on vérifie les inductions que vous en faites découler. Sans cela, il est à tout jamais impossible que nous nous comprenions. Car aujourd'hui, comme autrefois, il y a toujours eu des faits à produire à la satisfaction de toutes les opinions, quelles que soient leurs différences.

Pour vous démontrer encore combien l'erreur d'interprétation est facile à cet égard, je crois bon aussi de vous raconter quelques histoires homœopathiques qui sont à ma connaissance.

Mademoiselle E. D., âgée de 14 ans, éprouvait depuis quelque temps de la gêne dans les mouvemens du col; peu à peu la tête s'incline fortement à gauche et l'on reconnut une déviation prononcée de la colonne vertébrale dans la région cervicale. Des douleurs assez aiguës, et revenant périodiquement se manifestèrent à la partie postérieure de la tête et du col, et enfin il s'en suivit une paralysie presque complète des membres pelviens et thoraciques du côté droit et une faiblesse considérable dans les membres du côté gauche. La malade était confiée aux soins de MM. Baud, Seutin, Graux, Fromont et aux miens. Déjà force moyens avaient été mis en usage, sangsues, cataplasmes, frictions, cautères, bains, etc., tout avait échoué. M. Baud proposa alors des remèdes homœopathiques, et en conséquence la jeune malade prit des globules de belladone, de datura stramonium et de noix vomique. Nos prévisions se confirmèrent, il n'en résulta aucun effet. Depuis longtemps M. Fromont et moi avions donné le conseil d'abandonner toute médication: cette opinion fut en définitive adoptée par les parens. Après deux mois de patience et d'expectation, la malade n'était pas mieux. Tout à coup, elle s'aperçut qu'elle avait plus de facilité à mouvoir les membres, et à dater de cet instant, les progrès de l'amélioration furent rapides. Les membres paralysés ou faibles reprirent de la vigueur, et peu de temps après la malade marcha et récupéra l'usage de ses membres supérieurs. Elle est très-bien aujourd'hui. L'incurvation de la colonne rachidienne a presque entièrement disparu; la moelle épinière n'est plus comprimée; l'innervation a repris son cours, et les mouvemens de locomotion se font avec aisance.

Jugez de l'importance de l'événement, si dans ce cas l'homœopathie se fut présentée à propos. Si, par exemple, les globules eussent été continués avec persévérance, ou mieux si on les eut administrés quelques jours avant le bien être opéré par la nature, quelle joie! quel honneur! quelle cure pour l'homœopathie! et le phénomène courant de bouche en bouche eut été pour les adeptes un triomphe sans égal.

M. H., négociant, âgé de 64 ans, avait eu une attaque d'apoplexie. Une hémiplégie du côté droit en avait été la suite. Comme d'ordinaire il se rétablissait lentement. Il était parvenu à marcher avec assez de facilité, mais les mouvemens du bras et de la main restaient presque impossibles. Il entendit prôner les cures extraordinaires d'un médecin de Hay. Sur le récit qui lui fut fait de l'état du malade, ce médecin homœopathe prescrivit des globules de soufre, lesquels, selon son dire, devaient produire des symptômes semblables à ceux de la maladie à son début. Il n'en fut rien, comme vous le pensez bien. Je continuai à donner des soins au malade qui manquait de foi et d'admiration, pour les petites poudres. Avec le temps et sans le secours d'aucun remède son état s'améliora beaucoup, et les membres perclus finirent par reprendre une grande partie de leurs mouvemens.

Plus confiant dans l'homœopathie, M. H. eut peut-être continué l'usage des atomes pendant six mois, et naturellement, il n'eut pas manqué d'attribuer aux remèdes et au médecin le bien qui se manifestait en lui, par la seule résorption des liquides épanchés dans le cerveau.

Le fils du malade dont je viens de relater l'histoire, était atteint d'une gastrite chronique; il profita de la démarche de son père, et réclama pour lui des conseils. Le docteur à petites doses prescrivit des globules sœpia. Le malade indocile ne les prit pas, s'en tint au régime que j'indiquais, et se trouva bientôt rétabli.

Vous voyez que souvent, il serait facile d'escamoter à l'homœopathie les cures dont elle se vante, si nos malades étaient plus patiens ou moins crédules.

Il y a quelque temps, je donnais des soins à M. D., âgé de 17 ans. Il était atteint d'une affection catarrhale, et la circulation assez active me paraissait nécessiter l'emploi d'une saignée, je la pratiquai. Quelques jours après, il était beaucoup mieux, et le régime alors suffisait évidemment pour le guérir entièrement. A cette époque, M. le docteur Varlez de Bruxelles, fut consulté; celui-ci blâma les émissions sanguines et s'engagea à traiter le jeune homme et à le guérir d'une manière durable par la méthode homœopathique. M. Varlez et

ses atomes eurent en effet raison, parce que le temps voulu et dont j'avais besoin, lui fut accordé.

A dire vrai, M. Varlez n'est pas toujours aussi heureux; j'ai eu l'occasion de voir une dame qui fut affectée il y a deux ou trois ans d'une ophthalmie assez grave. Elle se soumit d'abord au traitement homœopathique; le mal fit des progrès, et au bout de trois semaines d'essais atomistiques infructueux, on fut obligé de la saigner plusieurs fois; sont état dès lors devint meilleur, mais elle ne put se rétablir qu'après plusieurs mois de souffrances et de soins mieux entendus.

M. H, de Mons, portait à la jambe un ulcère douloureux et de mauvais caractère. M. le docteur Carlier de Bruxelles, fut appelé pour lui prêter ses secours homœopathiques. Les atomes, dit-on, firent grand bien, mais le malade succomba pendant le cours du traitement. Ce fait m'a été rapporté par l'un des proches du malade, qui aujourd'hui encore est bien convaincu que les millionièmes ont produit dans la maladie de son père des effets merveilleux. Ici bien certainement l'homœopathie n'a pas eu affaire à des ingrats.

On raconte un événement assez singulier et que l'on ne trouvera pas, je pense, dans les archives de l'homœopathie. Un médecin de la secte des infinimens petits traitait un individu atteint d'une hypertrophie du cœur, et pour la première fois il avait été appelé dans un moment où le malade avait ressenti les prodrômes d'une congestion cérébrale. Quelques globules paraissaient avoir conjuré l'orage, et la famille heureuse d'un pareil résultat, s'était pressée de célébrer la cure et de fêter le cher docteur. On se réunit donc à dîner, mais au milieu du banquet le malade si bien guéri par la vertu de quelques atomes, chancelle, tombe.... Il était foudroyé par une attaque d'apoplexie. Je ne sais si en ce moment le docteur homœopathe s'est rappelé qu'autrefois il avait, par la saignée, préservé quelques malades de semblables catastrophes, mais toujours est-il qu'il a dû se trouver dans un fâcheux embarras.

Que diriez-vous d'un médecin qui prescrirait à un fou, le calme de l'esprit? ne seriez-vous pas très-porté à croire qu'il est fou lui-même? Eh bien! c'est là, un fait que j'ai vu. Le malade en était aux préliminaires d'une monomanie ambitieuse, la prescription médicale était : poudres homœopathiques, tranquillité de l'esprit. Le monomane est devenu furieux, en dépit de la loi des semblables et jusqu'à présent il n'a pas récupéré la lucidité de son intelligence.

Voilà des faits, mon cher confrère, qui ne sont pas bien propres à nous convertir à l'homœopathie. Les uns prouvent avec quelle facilité l'on peut être dupe de la croyance aux effets des remèdes, et les autres indiquent des revers que peut-être il eut été possible d'éviter. Messieurs les homœopathes en jugeront sans doute autrement, ils ont à leur disposition des commentaires élastiques qui plient les faits à leur gré, et s'ils n'en ont pas, il leur est loisible encore de nous déclarer incapables d'en estimer la valeur.

Dans la persuasion où je suis que de nouveaux débats à ce sujet seraient sans intérêt aucun pour la science, je déclare positivement à mes adversaires que je n'ai nulle velléité d'étudier *plus profondément* l'art homœopathique qu'ils exploitent avec tant de succès, et comme telle est la condition expresse qu'ils m'imposent avant de consentir à me répondre en dues formes, il résulte que toute discussion ultérieure devient impossible entre nous. L'homœopathie tombera d'elle-même, et l'on peut aisément prévoir que son existence en Belgique sera de courte durée; il serait donc fastidieux de lutter davantage contre un système qui porte en lui le germe de sa destruction.

Au surplus il est évident que les homœopathes ne se rendront pas, et il est évident aussi que les autres n'ont pas besoin de mes argumens pour se garantir de l'erreur. Le temps est là, laissons le faire, laissons nos confrères en homœopathie prôner l'excellence et l'infaillibilité de leur doctrine, laissons les dans le cahos de leur effrayante symptomatologie, et dans l'incompréhensible multiplicité de leurs divisions atomistiques, il nous importe d'employer mieux le temps qui nous reste, et de ne pas user mal à propos dix belles années de notre vie, à émietter minutieusement les détails saugrenus d'un pareil rêve.

Charleroy, le 30 mars 1836.

Dr Marcq.

Coup-d'œil sur l'ouvrage de M. Eble intitulé : *De la structure et des maladies de la conjonctive, avec des considérations particulières sur l'ophthalmie contagieuse; traduit de l'allemand avec des notes par* M. de Losen, D. M. — *Publié par ordre de M. le ministre de la guerre.*

La vérité est l'ame d'un livre, et l'auteur en la montrant partout donne à son ouvrage un mérite supérieur, quelque soit le sujet qui l'occupe.

Écrire un livre sur une maladie qui par sa gravité intéresse la société tout entière, et ne rien produire de nouveau ni de certain, c'est faire une chose inutile à la science et à l'humanité. Sont-ce là les caractères de l'ouvrage de M. Eble? Suspendez votre jugement, lecteurs, jusqu'à ce que vous ayez parcouru l'exposé fidèle que je vais vous en donner, car il est bon que vous sachiez que M. l'inspecteur-général du service de santé de l'armée, déclare dans la préface qu'il a mise en tête de ce travail, que *celui-ci est l'un des plus remarquables qui aient paru sur l'ophthalmie dite contagieuse.*

L'auteur a divisé son livre en deux sections. La première en deux chapitres traite de la conjonctive palpébrale dans l'un, et de la conjonctive oculaire dans l'autre. La seconde section porte en tête : *partie pathologique;* cependant la thérapeutique en fait partie intégrante. Il se compose enfin de 102 paragraphes, quoique le volume ne soit que de 199 pages, sans y comprendre l'explication de trois belles planches coloriées repré-

sentant *d'après l'auteur*, plusieurs affections de la conjonctive.

L'examen anatomique de la conjonctive palpébrale occupe une grande place dans l'ouvrage de M. Eble. On trouve itérativement sur cette *portion* membraneuse, un étalage fastidieux d'érudition, et souvent une critique injuste des descriptions des auteurs français et allemands du premier mérite. Tout cela en faveur d'une innovation anatomique qu'il veut introduire dans cette branche positive de la médecine.

Avant d'arriver à cette nouveauté organique, sachons d'abord que l'auteur admet un *épiderme* dans la composition de la muqueuse palpébrale, et taxe de légèreté J.-F. Meckel pour avoir douté de son existence sur les autres muqueuses. Il ajoute, § 12, « Force est » à nous d'établir sa présence sur la conjonctive *plu-* » *tôt par analogie*, que par l'observation cadavérique. » A l'autre page (5) il se demande « Si *l'épaississement de* » *l'épiderme* de cette membrane, n'aurait pas une *in-* » *fluence importante* sur ces hypertrophies remarqua- » bles, ces granulations cartilagineuses qu'on observe » dans l'ophthalmie contagieuse et dans les ectropions » en général?» Ensuite à la page 115, il déclare que, « dans cette grave inflammation (l'ophthalmie go- » norrhoïque), *l'épiderme* de la conjonctive palpébrale » se gonfle au point de cacher le corps papillaire... »

Voilà certainement l'existence d'un tissu bien établie, ainsi que sa grande influence dans l'état abnormal. Mais ne nous pressons pas à conclure car à la page 117 on lit : « *L'épiderme de la conjonctive pal-* » *pébrale est encore problématique.* »

L'innovation anatomique que je viens de mentionner, c'est la découverte d'un *corps papillaire*, partie composante de la conjonctive palpébrale. Ce corps nouveau est-il visible pour tous les anatomistes? puis son rôle dans les états physiologique et pathologique en quoi consiste-t-il? Je suis grand admirateur de la connaissance des tissus et de leur action physiologique, parce que je pense que c'est là le flambeau du médecin; aussi ai-je poursuivi avec attention l'exposé de la découverte de M. Eble. Mais à la page 14 je rencontrai d'abord une *petite* difficulté. La voici : « pour observer la *structure si ténue* du corps papillaire, il faut une *grande habitude*, je pourrais même dire *un œil exercé* aux investigations microscopiques. » Ensuite à la page 21 on lit que « Quant à la *structure délicate* des papilles, » *nous ne la connaissons pas encore assez bien*, pour » nier qu'une espèce de sécrétion ne puisse se faire à » leur pointe libre. » A la page 34 « Des dernières ter- » minaisons des artères *du corps papillaire*, naissent » alors des veines.» Page 36. « *On peut admettre* la » présence de nerfs et de vaisseaux lymphatiques dans » les papilles muqueuses de la conjonctive.

» Les *papilles sécrètent un fluide* muqueux. » (Page 34, 37.) « J'ai cherché en vain *un orifice dans les villosités* in- » testinales, *comme dans les autres papilles.* » (Page 21.) Dans l'ophthalmie contagieuse, il se développe sur la conjonctive palpébrale, des phlyctènes *qui ne paraissent être* que le sommet arrondi et enflammé des papilles, et qui plus tard deviennent des granulations, pag. 86, 87, 114, 124. Mais tout à coup, M. Eble, très-heureux dans ses investigations cadavériques, découvre des orifices excréteurs aux phlyctènes, pag. 83, et dans la crainte que vous n'en doutiez je dois vous dire le comment... eh bien! il a pressé entre les lames d'une pince oculaire, les phlyctènes d'un grenadier mort d'une *fièvre nerveuse* (1835) et il s'en écoula aussitôt un fluide limpide. Peut-on rencontrer une expérience plus concluante!

Depuis la pag. 14 jusqu'à la 31me, M. Eble disserte longuement et d'une manière embrouillée sur les assertions émises par *Bichat*, *Müller*, *J.-F. Meckel*, *A. Meckel*, etc., relativement aux follicules muqueux, lesquels d'après lui ne sont pas les secréteurs du mucus, mais ce liquide est formé par les papilles. Il affirme que ce que Müller et d'autres ont pris pour les glandes muqueuses, n'est que le corps papillaire qui, quoique *parfaitement distinct des glandes, se présente néanmoins d'une manière entièrement analogue* dans toutes les membranes muqueuses. (pag. 20.)

A la pag. 29, l'auteur avance que les conduits excréteurs des glandes de Meïbomius, peuvent bien être et plus nombreux et plus dispersés sur la muqueuse palpébrale, quoique *nos faibles yeux* ne nous permettent pas de les découvrir. D'après cela il serait bien possible que M. Eble armé de son microscope aurait pris ces orifices présumés pour ses papilles supposées. Mais « c'est » une vérité partout digne de considération que la na- » ture ne s'assujettit jamais à aucune des lois créées par » la faible vue humaine. » Pag. 30. « L'anatomie nous » donne la facilité de découvrir dans presque toutes » les parties du corps, les vaisseaux les plus imperceptibles. » Page 51.

D'après les passages contradictoires que je viens de transcrire, il est évident que le corps papillaire n'est qu'un instrument idéal dont l'existence ne peut être constatée qu'avec le cerveau et les yeux de M. Eble. Ce point d'anatomie relatif à l'organisation de la conjonctive palpébrale est donc resté tel qu'il était avant la découverte supposée, malgré la critique itérative des travaux des anatomistes les plus distingués. De sorte que nous pouvons appliquer ici cet axiôme : qu'une assertion négative n'en détruit point une positive, lorsque cette dernière réunit en sa faveur des autorités imposantes. L'auteur cependant se félicite souvent de sa découverte; il y attache une grande importance; mais rien ne prouve dans aucune partie de l'ouvrage, que cette nouveauté fasse faire un pas de plus à ce point de pathologie : c'est ce que nous verrons par la suite.

Vient maintenant *la conjonctive oculaire*, car d'après l'auteur, il faut toujours connaître le terrain sur lequel on doit bâtir.

« Elle n'est ni muqueuse ni séreuse, mais tient plu- » tôt de la nature de celle-ci: elle est *de genre neutre.* » pag. 59.

» Elle est composée de tissu cellulaire, de vais- » seaux (lorsqu'ils sont apparens) et de nerfs très-dé- » liés. pag. 46, 47.

» Je suis porté à prendre une quantité innombrable » de filets, *mieux visibles à l'œil armé*, pour des vais- » seaux *ou* pour des nerfs... Il est *vraisemblable* que » les plus petits d'entre eux, sont des capillaires *arté-* » *riels séreux*. pag. 47. »

» On ne trouve nulle part de trace de glande ou de » structure veloutée. pag. 47. »

D'après M. Eble, la conjonctive ne se prolonge pas sur la cornée. pag. 47 à 53. »

» Le feuillet conjonctival de la cornée est problé- » matique. pag. 56. »

» Mais le feuillet *conjonctival de la cornée*, com- » mence à s'épaissir. pag. 76 et 115. »

» Les phénomènes morbides ne doivent pas nous for- » cer aucunement à l'admission de ce feuillet. pag. 53. »

» Les vaisseaux qu'on y voit, sont toujours des pro- » duits nouveaux de l'inflammation, n'ayant, avant » celle-ci, jamais existés comme tels. pag. 50. »

» Dans le pannus et le ptérygium, les vaisseaux de » la conjonctive oculaire ne sauraient être enlevés *sans* » *qu'une solution de continuité* n'ait lieu dans la mem- » brane. pag. 55. »

» Dans certains cas, des paquets considérables de » vaisseaux injectés viennent *dès le début*, converger » de tous côtés *au centre de la cornée*. pag. 76. »

» Ces vaisseaux ne se montrent pas aussi facilement » dans les inflammations subites, bien que violentes...» » Les vaisseaux (de la conjonctive sclérotícale) qui » dans l'état normal charient des sucs blancs, se rem- » plissent alors de sang rouge, et *se prolongent même* » *jusque sur la cornée*. pag. 67. »

» Quant à l'explication du développement de ces » *phlyctènes sur la conjonctive de la cornée*, (pag. 114)... » Une chose digne de remarque, c'est que l'on re- » trouve les *phlyctènes aux limites de la sclérotique* » *et de la cornée, là où les vaisseaux se terminent brus-* » *quement*. pag. 114. »

En voilà suffisamment, je pense, pour faire apprécier la force anatomique de l'auteur, ainsi que le degré de foi que l'on peut accorder à ses recherches et à ses expériences. Tel est cependant le résultat de ses pénibles travaux; et c'est avec de semblables matériaux qu'il n'a pas craint d'attaquer de front les assertions des anatomistes les plus remarquables.

D'un autre côté, ses descriptions ne sont pas seulement embrouillées par de nombreuses contradictions, mais encore par des digressions inutiles et des expressions singulières telles que, *tissu cellulaire atmosphérique*, pag. 32; *parenchyme de la conjonctive*, pag. 99, 88; *fluide purement vaporeux* qui circule dans les *artères séreuses*, pag. 55. La *paupière* qui devient *sensible à la lumière*, pag. 70, etc., etc. Tout cela sur le compte de M. Eble, car je n'oserais imputer de semblables locutions à M. le traducteur.

Il existe, d'après l'auteur, des ophthalmies *catarrhale*, *scrophuleuse*, *blennorrhoïque*, contagieuse chronique et aiguë, *érysipélateuse*, *varioleuse*, *morbilleuse*, *scarlatineuse* et *psorophthalmique*. Mais il a particulièrement insisté sur l'étude de la catarrhale et de la contagieuse. Il s'est surtout appesanti sur les moyens de distinguer la dernière de toutes les autres, mais au lieu de trouver la clarté et la précision l'on ne rencontre qu'obscurité et confusion.

Afin de laisser le lecteur juge de la foi que l'on doit accorder à la dissertation, aux recherches et aux jugemens de l'auteur sur cette question de pathologie; et vu la difficulté de présenter un exposé régulier de cet ouvrage, je me suis cru obligé de réunir en deux colonnes les passages à la fois contradictoires et irrationnels.

Tableau comparatif des symptômes de l'ophthalmie catarrhale et contagieuse, d'après la description de l'auteur.

La catarrhale.	*La contagieuse.*
1° Commence aux conduits excréteurs des glandes de Meïbomius, le long du bord palpébral; *plus ordinairement aux commissures des paupières;* s'avance en dedans *ou* en dehors. *Dans tous les cas, toute la face interne des paupières*, c'est-à-dire la conjonctive palpébrale, *ne tarde pas à être essentiellement altérée.* p. 69. Rougeur *plus ou moins forte* de la conjonctive palpébrale; toujours plus intense aux deux angles de l'œil, ainsi qu'à la face dorsale.	1° Rougeur *à intensité variable*, siégeant dans le principe *vers l'un ou l'autre angle de l'œil; plus rarement à la face moyenne du tarse. S'étend graduellement sur toute la conjonctive palpébrale.* p. 82.
2° Picotement, démangeaison aux bords des paupières. Sensation illusoire qu'on rapporte à un corps étranger engagé sous la paupière.	2° Picotement dans l'œil.
3° Vers son déclin, *parfois même plutôt*, développement des ampoules d'un blanc jaunâtre.	3° Phlyctènes d'un gris bleuâtre.
4° L'inflammation *gagne la conjonctive oculaire*, d'où *rougeur inégale*, et vaisseaux réunis en paquet.	4° *La conjonctive sclérotícale* se couvre de vaisseaux sanguins isolés qui lui communiquent *une rougeur légère.*
5° Le sommet émoussé et arrondi des granulations isolées *est d'un blanc jaunâtre*, parfois d'un gris bistre. p. 128.	5° *Je crois avoir observé* que ce mucus des granulations, est versé au dehors *par plusieurs orifices apparens*, sous forme de *points jaunes clairs.* p. 88.

Pour faire comme Rust, M. Eble donne un résumé sommaire des caractères distinctifs de l'ophthalmie catarrhale d'avec la contagieuse. Voilà pourquoi le tableau qui précède devient indispensable afin de faire voir que l'auteur n'a pas fait un résumé conforme à ses descriptions, à moins d'admettre que celles-ci sont fausses : l'on choisira.

La catarrhale.	*La contagieuse.*	*La catarrhale.*	*La contagieuse.*
Tumeur rouge *qui ne s'étend pas au delà du bord des paupières*, en bas et en haut.	Le premier signe du gonflement inflammatoire est dans la conjonctive palpébrale. Jamais au bord des paupières; *toujours à la face du tarse.* L'inflammation, *du moins dans les cas légers*, reste bornée *à la conjonctive palpébrale.* 99.	*culièrement dans la conjonctive oculaire* que dans la palpébrale. p. 112.	
La rougeur n'est *intense qu'à la surface du tarse.* p. 98.		Comparez avec le n° 1.	
Rougeur inégale, *plus fortement* prononcée *à la face moyenne du tarse.* p. 99	Rougeur uniforme *sur toute* la face de la conjonctive palpébrale. p. 98.	11° Le volume des granulations qui varie depuis un grain de millet jusqu'à une grande lentille, est *toujours proportionné au degré d'intensité et à la durée de l'inflammation* et de la sécrétion muqueuse qui a précédé. 87.	11° Granulations isolées, presque toujours de la même grosseur, et *ne dépassant pas un grain* de chenevis. p. 128.
Comparez avec le n° 1.			
6° Elle forme des phlyctènes et des ulcères. p. 99.	6° Il se développe des phlyctènes.	12° L'inflammation de la conjonctive portée au *maximum* de son intensité, peut être contagieuse sans granulation. p. 126. Je porte en moi l'intime conviction que la présence de *la granulation n'est point une condition absolue de la contagiosité.* p. 141.	12° On peut assurer en principe, que l'ophthalmie contagieuse, sauf les modifications précitées (ci contre p. 126) ne peut exister sans le phénomène de la granulation. p. 127.
7° Démangeaison et picotement *particulier* aux angles de l'œil *et aux paupières*, plus tard cuisson continuelle.	7° Sensation d'une *poussière ou* d'un *grain de sable* engagé sous la paupière.		C'est le symptôme essentiel de l'ophthalmie contagieuse. p. 124.
		13° Malgré toute l'importance des altérations que subit la conjonctive palpébrale, la conjonctive scléroticale n'y prend que *très-peu* de part. pag. 88.	13° La conjonctive scléroticale, comme la cornée, participent très-vivement à ces phénomènes (granulation, etc.), elles offrent toutes deux le même aspect que dans les blennorrhées ordinaires. pag. 93.
		14° Chez les individus *déjà atteints une ou plusieurs fois de* cette affection oculaire, la conjonctive *s'écarte d'une façon qui lui est propre* des symptômes caractéristiques qu'elle a offerts jusque-là. p. 95. Ou bien (note du traducteur) dans la récidive, les phénomènes que présente la conjonctive, sont loin néanmoins d'être identiquement les mêmes.	14° Enfin, lorsqu'un individus guéri complétement de cette ophthalmie, éprouve une récidive dans la forme aiguë ou chronique, les nouvelles altérations matérielles de la conjonctive *n'offrent pas*, d'après mes observations, *de différence bien sensible* avec celles qui ont signalé la première atteinte. p. 97.
		15° Les *phlyctènes* ne paraissent être que le sommet arrondi et enflammé des papilles: *elles servent de base à la disposition granuleuse de la conjonctive.* p. 124.	15° La granulation ne se développe qu'après une inflammation conjonctivale *de longue durée; ou bien* elle apparaît *dès le début* de ce qu'on appelle une *conjonctivite.* Dans ce second cas elle est le guide constant d'une inflammation *tantôt aiguë, tantôt chronique.* p. 124.
		Les *ampoules* ne se manifestent pas à la suite d'une *inflammation existante depuis longtemps;* ce qui doit les faire regarder en quelque sorte, comme le *produit de l'influence immédiate de la contagion.* p. 117.	Comparez avec le n° 12.

Attention lecteurs, je vais vous satisfaire à l'égard de cette différence de sensation que les malades éprouvent dans l'œil, dans l'ophthalmie catarrhale et dans la contagieuse. Pour cela je laisse parler M. Eble.

« Cette circonstance dépend *uniquement de la différence des tissus affectés*, puisque, dans le premier cas, » c'est-à-dire dans l'ophthalmie catarrhale, la démangeaison et le picotement *sont dus au gonflement et à* » *l'engorgement sanguin des vaisseaux de la conjonctive*, tandis que dans le second, la sensation constante d'un corps étranger résulte de la *tuméfaction* » *inflammatoire du parenchyme de la conjonctive palpébrale.* » p. 99.

Cette explication, je l'espère, n'a pas besoin de commentaire.

8° Les granulations se montrent *plus fréquemment*, à la paupière inférieure qu'à la supérieure. pag. 128.	8° Cette métamorphose, (la granulation) occupe la face palpébrale interne *toute entière.* p. 88.
La paupière inférieure *est de préférence* et primitivement affectée. p. 101.	Il y a des *cas assez nombreux* dans lesquels cette granulation exquise, se répand sur *toute* la conjonctive palpébrale. 135. Voir aussi au paragraphe 78.

Afin de ne pas perdre de vue la concision que je me suis imposée, je poursuis de la même manière les *contradictions*, etc., de M. Eble.

9° Le *développement précoce des phlyctènes*, est ce qui distingue de la manière la plus précise la blennorrhée contagieuse de toute autre. p. 101.	9° Peut-être est ce parce que l'ophthalmie aiguë est consécutive à la chronique, qu'elle est contagieuse et qu'elle se distingue des autres blennorrhées. p. 91.
10° L'ophthalmie catarrhale paraît dans le principe, résider *plus parti-*	10° Comparez ce passage avec le tableau comparatif qui précède au n° 1.

M. Eble, après avoir disserté longuement sur la granulation, qui est connue depuis longtemps, et sur d'autres altérations de la conjonctive, toujours dans l'intention de différencier l'ophthalmie contagieuse, montre itérativement par de nombreuses contradictions, que son désir d'innover a été plus puissant que celui de bien observer.

Pourquoi avancer que l'ophthalmie catarrhale peut devenir contagieuse *sous certaines influences*, p. 100, sans indiquer d'où celles-ci viennent et ce qu'elles sont? Est-ce à de véritables médecins ou à des gens d'une ignorante crédulité qu'il annonce « que *des chaleurs* » *fortes et lourdes*, surtout *certaines modifications* » *électriques* de l'atmosphère, sont les *causes princi-* » *pales* qui contribuent essentiellement à la production » comme à l'accroissement de l'ophthalmie contagieuse? » p. 100. » Pourquoi du vague et de l'incertitude dans une question où l'auteur ne semble avoir que la vérité en vue? Et lorsqu'il avance que l'*inflammation scrophuleuse* peut produire *toutes les métamorphoses* qu'on observe dans l'ophthalmie contagieuse (p. 114), n'est-ce pas encore nous reporter au temps du règne des entités morbifiques, lorsque le *vice scrophuleux* faisait fortune en indiquant le mensonge sous les apparences du vrai?

Comment concilier ce qui précède, ainsi que les nombreux passages qui prouvent que l'ontologie le guide et l'égare, avec cette autre déclaration que l'ophthalmie contagieuse est une affection *essentiellement inflammatoire avec tous ses caractères et ses attributs parfaits*... et que, *du moins* à son début, on n'a à espérer de guérison prompte et réelle que de la méthode franchement antiphlogistique? (p. 124, 125.) L'on est porté à croire, d'après ce mélange d'assertions bonnes et mauvaises, que l'auteur n'a pas encore su distinguer le vrai du faux. En effet, et pour vous en convaincre, il me suffira de transcrire les passages suivans : Une *fièvre asthénique* jette le corps dans la prostration (p. 142). Une méthode *altérante destinée à agir* directement *sur les rapports mécaniques et chimiques* des glandes muqueuses malades (p. 150). Une *vitalité aliénée* p. 154. Et enfin que le sang est l'*irritant* le plus imparfait de l'organisme humain (p. 156.) etc.

Relativement aux caractères distinctifs de l'ophthalmie contagieuse, l'auteur déclare qu'on doit les tirer de la *précocité du développement des granulations*, et de l'injection vasculaire inflammatoire de la conjonctive, qui, d'après lui et M. de Losen, différencie *exactement* les diverses espèces d'ophthalmies.

Par rapport à la première proposition, reportez-vous pour en apprécier la valeur, aux rapprochemens que j'ai fait précédemment; et conciliez, si vous le pouvez, ses efforts, avec les passages suivans que je transcris encore comme pour réfuter M. Eble par M. Eble.

« Les granulations peuvent naître sous l'influence de » toute espèce de conjonctivite. p. 133. »

« Dans cette transformation successive, on observe » du reste une infinité de nuances, car chaque conjonc- » tive malade offre une altération *sui generis, qu'il est* » *impossible de définir*. p. 133, 134.

« L'ophthalmie contagieuse *ne suit pas toujours la* » *même marche*, son cours dépend de mille accidens » bien connus. p. 90. »

« *Nos sens ne sont pas toujours assez déliés pour sai-* » *sir les nuances presque imperceptibles qui différen-* » *cient chaque symptôme morbide*. p. 91. »

« J'ai omis la description des degrés de l'inflammation d'autant que d'une part *dans la nature où les progressions sont infinies, chaque degré ne saurait être précisé sans contrainte*. p. 91. »

Enfin, après s'être donné tant de peines pour établir les signes à l'aide desquels on peut distinguer l'ophthalmie contagieuse de toute autre, l'auteur déclare à la page 148, « qu'il est véritablement à regretter *que* » *le diagnostic* de ce mal dévastateur, bien qu'étudié » avec soin dans divers pays, *ne présente encore rien* » *de fixe et de certain*. »

Quant aux nuances d'injections vasculaires inflammatoires, M. le traducteur s'est chargé de résumer et peut être de compléter les idées de M. Eble, sur cette partie séméiotique.

D'après lui, dans toute ophthalmie il est trois phénomènes *constans*, dont l'appréciation *exacte* aide singulièrement le diagnostic. Ces trois phénomènes sont la *rougeur*, la *distribution des vaisseaux*, et la *sécrétion*.

« La rougeur est *franche* dans la traumatique; *cui-* » *vreuse* dans la syphilitique; *bleuâtre ou violette* dans » la scrophuleuse; *foncée* (couleur d'acajou) dans les » arthritiques; *jaunâtre* dans les catarrhales et les rhu- » matismales. p. 110. »

Il trace également la différence de la distribution des vaisseaux dans les diverses espèces d'ophthalmies, et déclare que ces divers signes présentent *toujours tant de constance*, que même dans les cas où *plusieurs causes concourent* à une ophthalmie, la distribution vasculaire propre à chacune d'elles, se remarque par place.

Il est évident que M. de Losen admet l'existence des *entités* morbifiques pour toutes ces espèces, excepté probablement pour la traumatique; le passage suivant le prouve.

« Il est encore un autre phénomène qui n'aide pas » peu au diagnostic des maladies des yeux. C'est celui » qui résulte de l'influence du *virus*. C'est ainsi que » dans les ophthalmies *rhumatismales* et *syphiliti-* » *ques*..... p. 111. »

Sans doute, il serait intéressant de voir l'œil d'un ophthalmique qui réunirait la syphilis, les scrophules, l'arthritis et le rhumatisme, *puisque chaque cause se marque par place*. Mais tout à coup M. de Losen raconte » que quand une ophthalmie rhumatismale sera *entée* » sur un *terrain* syphilitique, la première prendra peu » à peu le caractère de la dernière, p. 110. » Alors il faut bien admettre que, semblable aux animalcules spermatiques, ces *entités* se livrent un combat sur le champ de bataille conjonctival où elles se rencontrent, et que le terrain reçoit la marque de la plus forte. Dans cette hypothèse, ajoutée à celle de l'auteur, il faudrait donc

pour reconnaître ces *places diverses*, savoir *à quelle époque de la lutte*, l'observateur devrait se trouver sur les lieux. Ce n'est pas tout. A sa note de la page 67, M. de Losen dit : « Que l'on explique la différence de » l'origine, de la forme, de la couleur et du siége des » granulations par la différence des causes et de leur » action. Soit, cela est logique et conforme d'ailleurs » aux résultats de l'observation ; mais pour Dieu qu'on » n'en fasse point des *entités* morbides différentes : » c'est nous faire inutilement et dangereusement rétro- » grader. » Faut-il admettre les *entités* de M. de Losen, ou bien cette dernière opinion présentée sous forme de reproche à M. Eble ? Choisissez.

D'un autre côté, M. Eble aussi, admet différentes causes capables de se rencontrer dans la conjonctive, car à la page 95 on lit, « qu'il peut y avoir complica- » tion *catarrhale, rhumatique et érysipélateuse*, et qu'a- » lors *pour ne pas confondre, on se forge* un nouveau » groupe de symptômes. » Or, en abondant dans le sens de ces Messieurs, et sans vouloir prétendre que M. de Losen *s'est forgé* des symptômes, je serais curieux de savoir pourquoi il insiste si fortement, selon le système favori de M. l'inspecteur général, sur la compression du cou et de la tête par des objets d'habillemens vicieux, qui, d'après eux, sont causes premières de l'ophthalmie? En restant avec lui dans le système des *entités* morbifiques, il serait ce me semble, plus rationnel, de faire agir les causes *syphilitique, scrophuleuse, arthritique, catarrhale et rhumatismale*, puisqu'elles doivent être et plus puissantes et plus fréquentes que les compressions du cou portées au point de produire l'injection vasculaire de la conjonctive, etc. Avec un semblable système d'étiologie on a lieu d'être surpris en entendant M. de Losen s'élever contre M. Eble, parce que celui-ci admet que l'ophthalmie peut se propager par contagion, et lui demander *où est le rapport entre l'effet et la cause.* p. 101.

Du reste, il était parfaitement inutile ce me semble, de pousser aussi loin et l'érudition et le talent investigateur, pour nous apprendre après une foule de raisonnemens incertains et contradictoires, que le *diagnostic de l'ophthalmie contagieuse ne présente encore rien de fixe et de certain.*

Sous le rapport de la question de savoir si l'ophthalmie qu'il nomme *contagieuse* peut, par ses émanations humorales, la faire naître chez d'autres individus, M. Eble, après en avoir donné des preuves puisées dans les observations des auteurs allemands, etc., se replonge de nouveau dans le chaos des incertitudes et des contradictions.

Tantôt il l'admet, puis il se déclare embarrassé pour porter un jugement satisfaisant sur sa contagiosité, p. 141. Tout cela semble prouver que l'auteur est encore au berceau de l'observation, car celui qui a bien vu, ne balance jamais lorsqu'il s'agit de le déclarer et de l'affirmer. Mais M. le traducteur, par de nombreuses notes, a tenté de remplir cette lacune. Cependant ce n'est qu'à regret qu'il semble se rendre à l'évidence des faits ; ce n'est qu'après avoir défendu itérativement la compression du cou considérée comme cause première, p. 133, etc. ; qu'après s'être récrié contre la contagion de M. Eble, p. 341, etc., qu'il finit enfin par partager l'opinion de M. Jüngken émise en 1834, lorsque ce médecin allemand fut appelé en Belgique *pour lever les difficultés* que les pauvres médecins belges ne savaient débrouiller.

M. Jüngken, dans l'extrait de son rapport que nous donne M. de Losen, déclare que, « *toutes les ophthalmo-* » *blennorrhées quelle que soit leur nature et leur ori-* » *gine, possèdent également la faculté de se propager* » *par contagion ;* » ensuite, « une minime partie de la » matière qui ressemble au pus, agira comme conta- » gion sur l'œil le plus sain.

» Les ophthalmo-blennorrhées peuvent se propager » par *miasme sous de certaines circonstances* qui peu- » vent être *secondées par des influences atmosphéri-* » *ques*, surtout par des grandes chaleurs et par un » temps orageux.

» Que la contagiosité ne dépend nullement de *la na-* » *ture* de la maladie *ni de leurs causes*, et conséquem- » ment *pas d'un virus spécifique.*

» Que plus les phénomènes inflammatoires sont vio- » lens, plus elle est contagieuse.

» Que la sécrétion de la blennorrhée simple ne sera » pernicieuse qu'à des yeux déjà prédisposés.

» Que la *prédisposition* peut être constitutionnelle » ou individuelle. Qu'elle est surtout constitutionnelle » dans les temps où règnent des vents d'est et de nord- » est, pendant les grands changemens de température, » pendant les grandes chaleurs, surtout si l'air est » chargé d'un orage. La prédisposition individuelle se » développe tantôt par des *dyscrasies*, surtout par les » *scrophules et des maladies abdominales ;* tantôt par » toutes les causes qui donnent lieu à de violentes con- » gestions vers les organes de la vue, les maintiennent » dans un état d'irritation. »

D'après cet extrait, l'on voit que M. Jüngken en fournit pour tout le monde et en faveur de toutes les opinions ; même dans les dernières lignes pour les compressionistes.

La question importante, pour l'hygiène militaire en particulier, décidée affirmativement par ce juge suprême, c'est que l'ophthalmo-blennorrhée peut être provoquée chez d'autres individus, *par contact immédiat ou à distance*, de la matière purulente sécrétée, ou de son effluve. Que cette contagion n'ait lieu que dans une période déterminée de la maladie, période du reste sans temps déterminé ; que l'agent de la contagion soit exotique ou indigène ; que ce soit l'effet d'un mode inflammatoire, ce qui est vraisemblable, etc. La question principale à mon avis, c'est la possibilité de la contagion.

Mais la contagiosité, nous dit M. Jungken, ne dépend pas d'un *virus spécifique*. Cette expression choque souvent M. de Losen, lorsque M. Eble s'en sert pour désigner l'agent contagieux ; et il n'a pas manqué de faire valoir dans un renvoi cette déclaration de M. Jungken.

Donnez-lui un autre nom si vous le voulez, mais vous

ne saurez, je pense, quant à la propriété morbifique, le placer ailleurs que dans la catégorie des virus. Et, attendu que ce modificateur n'a montré jusqu'à présent que de l'affinité pour la conjonctive, il faut bien admettre quelque chose de *spécifique* dans sa manière d'agir.

D'un autre côté M. Jungken déclare encore que la contagiosité ne dépend nullement de la *nature* de la maladie. Mais l'ophthalmo-blennorrhée exerce, dites-vous, une influence infectante. Elle ne ressemble donc pas à une conjonctivite très-intense sans sécrétion puriforme ou purulente. Or, puisque l'ophthalmo-blennorrhée a une manière d'être qui lui est propre, cette nuance inflammatoire est donc d'une nature particulière puisqu'elle est contagieuse.

Quel brillant parti peut-on tirer des *dyscrasies*, *des scrophules* et des *maladies abdominales* qui développent la prédisposition individuelle? Je ne conçois qu'une obligation pour ceux qui révèrent M. Jungken dans ses opinions sur cette matière, c'est celle d'éloigner du service de l'armée tous ceux qui portent une *dyscrasie des scrophules* ou *des maladies abdominales;* car, vous devez le croire, il vous le dit en vérité, ils sont disposés comme ceux dont le cou est trop serré, à l'ophthalmo-blennorrhée. Voilà comment M. Jungken a satisfait M. de Losen ainsi que M. l'inspecteur-général. Mais remarquez encore que ce dernier accorde aussi une confiance entière aux opinions de M. Eble, car non-seulement il vous a dit que son travail est *assurément l'un des plus remarquables* qui aient paru sur l'ophthalmie dite contagieuse (p. 8); mais il a ajouté à la même page que « bien qu'on puisse ne pas admettre la manière » de voir de l'auteur sur la structure de la conjonctive, » qu'il n'est personne qui n'avoue *après l'avoir médité*, » que son tableau de cette maladie et les conclusions » qu'il en a tirées, *sont frappés au coin de la précision* » *et de la vérité.* » Or, puisque M. l'inspecteur *l'a bien médité* avant de porter ce jugement décisif, il doit avoir lu au paragraphe 77 « *que l'existence seule de la gra-* » *nulation ne suffit pas pour caractériser l'ophthalmie* » *contagieuse.* » Pourquoi donc alors, fait-il imprimer dans son discours préliminaire, p. 23, que, « quoi qu'il » en soit, aussi longtemps que tous les granulés n'au- » ront pas été éloignés des rangs de l'armée, il n'y aura » pas lieu d'espérer que des cas de cette maladie cesse- » ront de se présenter, *toutes les autres mesures pres-* » *crites* fussent-elles rigoureusement mises à exécu- » tion. »

Faut-il conclure que M. Vleminckx s'est réfuté par lui-même, ou bien admettre que M. Eble a raison? J'abandonne la solution de cette question aux lecteurs, et aux colonels des régimens qui tous ont reçu un exemplaire de l'ouvrage de M. Eble, sans doute pour le méditer à leur tour.

Après avoir tant de fois disserté sur ses découvertes, son expérience, les erreurs de ses prédécesseurs, etc., l'on serait en droit de s'attendre à voir l'auteur gratifier la science d'un mode de traitement nouveau, certain et rationnel. Il n'en est pas ainsi; et dans la crainte de l'oublier, il déclare en débutant, p. 154, que *le traitement ne présente rien de neuf.*

M. Eble ne veut pas la phlébotomie dans l'état chronique, mais bien lorsque la forme aiguë s'y ajoute. « Ce- » pendant dans le cours de cette maladie, il arrive » *souvent des accidens* dont on ne peut se rendre maî- » tre que par de fortes saignées générales, p. 158. »

Mais, dit-il, (pag. 155), *les maladies contagieuses* surtout lorsqu'elles affectent les membranes muqueuses, *supportent rarement les émissions sanguines générales.* Cette opinion, contraire à l'expérience de Rust, etc., comme le remarque M. de Losen, porte d'après lui une rude atteinte à *l'hypothèse* de la contagion, p. 155... Si M. le traducteur n'avait pas adopté les assertions de M. Jungken, il nous aurait probablement dit le pourquoi.

M. Eble a moins de préférence pour *l'artériotomie temporale.* C'est encore ce qui est contraire à l'expérience de Rust pendant l'épidémie de Mayence. Son avantage, ajoute M. de Losen, résulte particulièrement de ce que ces saignées *dégorgent immédiatement les vaisseaux artériels de l'œil, par suite de la communication de l'artère temporale avec l'ophthalmique,* p. 157.

Cette explication est-elle conforme aux lois physiologiques sur la circulation du sang dans les artères?

Si M. Eble se montre peu partisan des saignées générales, il prône le traitement antiphlogistique local, à la tête duquel se trouve les évacuations sanguines par les sangsues. Le lieu de leur application est encore pour lui un sujet d'attention; et *son expérience* lui a prouvé que les angles de l'œil et le derrière de l'oreille du côté malade, étaient les endroits les plus avantageux. Sur ce dernier point, dit-il, *ces vers aquatiques agissent* par la révulsion du sang, plus qu'aux environs de la partie malade, p. 161.

Les scarifications sont pernicieuses d'après l'expérience de M. Eble. L'excision est avantageuse lorsque la conjonctive palpébrale forme bourrelet.

Le froid et la saignée sont les moyens les plus propres à éteindre une ophthalmie contagieuse commençante, § 91.

Il pense avec l'illustre Beer, qu'on peut continuer le froid dans les premiers momens de la seconde période où la sécrétion séreuse *paraît mêlée à la muqueuse;* mais qu'on doit s'en abstenir tout à fait, lorsqu'une *sécrétion muqueuse* ou même purulente franche s'accompagne d'une tuméfaction rouge bleuâtre des paupières, dans lequel cas on doit avoir recours à la *chaleur qui vivifie tout,* p. 167.

Dans l'ophthalmie chronique avec *sécrétion muqueuse* non excessive, les bains oculaires froids *sont très-avantageux; ils servent à modifier la sécrétion,* et *à revivifier* pour ainsi dire l'œil tout entier, p. 167.

Enfin il déclare que, *sans le froid, il est impossible de guérir ces inflammations, tandis qu'on peut plus souvent qu'on ne pense se passer de la plupart des autres agens thérapeutiques,* p. 167.—Ne prenons pas cependant cette déclaration à la lettre, car l'auteur indique bientôt après, une espèce de panacée dont l'emploi *a été si*

généralement heureux qu'il ne se rappelle pas un seul malade qui n'ait éprouvé son influence bienfaisante, et qui ne lui ait dû, sinon entièrement, du moins en partie sa guérison. p. 174.

Ce moyen peut être employé dans tous les momens de la seconde période ; et *il s'approprie très-aisément aux diverses constitutions individuelles, ainsi qu'aux complications variées de la maladie.* p. 174.

Voici la composition de cet agent en quelque sorte universel :

N° 1. R. gum. arabic. subst. pulv. drach unam.
Mercur. præcipit. alb. gr. quatuor.
Ol. amygdal. dulc. recent. gr. duodecim.
M.D. exactiss. F. unguent.

N° 2. R. pulv. g. arabic.
Mercur. præcipit. alb. aa serupul. unum.
Ol. amygdal. dulc. recent. gr. quindecim.

N° 3. R. mercur. præcipitat. alb.
Pulv. g. arabic. aa drach. semis.
Ol. amygdal. dulc. recent. scrupul. unum.

Enfin parmi les caustiques, il ne vante particulièrement que le *sulfate de zinc* dissous dans un blanc d'œuf.

Remarquez encore que M. Eble, comme s'il eut pris à tâche de ne pas abandonner le champ des incertitudes, déclare qu'il connaît *une foule de faits qui prouvent de la manière la plus incontestable* que même dans notre ophthalmie, *on a souvent* retiré de très-grands avantages d'une *inaction active ;* c'est-à-dire d'une observation *attentive et réservée.* p. 185. — Conciliez donc encore cet aveu avec la déclaration précédente où il dit ne pas se rappeler *un seul malade* qui n'ait éprouvé l'influence bienfaisante de son onguent, etc.

Tel est l'ouvrage *qui, mis entre les mains des médecins de l'armée belge, contribuera,* selon M. Vleminckx, (pag. 24), à détruire les dernières traces de cette affreuse calamité. Quant à moi, je n'ai pas sur le mérite de ce livre, l'avantage de me rencontrer avec M. l'inspecteur-général ; je pense tout au contraire que cette production n'est qu'une compilation informe où la vérité des faits a été altérée chaque fois que l'auteur a voulu les combattre en faveur de ses opinions incertaines et contradictoires. Je pense aussi, que si cet ouvrage a été réimprimé et traduit pour l'instruction des médecins belges dans cette maladie, on n'a fait que publier l'ineptie médicale de ceux-ci ; et dans ce cas, c'est pour eux une honte injuste dont l'étranger, je l'espère, ne sera pas dupe.

Namur, le 10 avril 1836.

E. Thirion, D.-M.

Cachexie scrofuleuse héréditaire, aménorrhée, œdème des pieds : apparition des règles, amélioration générale, obtenues par l'emploi du proto-iodure de fer. Observation recueillie par le docteur Fallot, de Namur.

Depuis environ quatre ans, je fais usage du *proto-iodure de fer* dans la cachexie scrofuleuse et dans les autres maladies apyrétiques, caractérisées par la longueur des actes de l'hémapoïèse, et j'ai par devers moi un grand nombre de faits, qui attestent, sinon sa supériorité sur d'autres substances employées pour les combattre, au moins son efficacité dans leur traitement. Je réunirai peut-être un jour les plus marquans dans un seul travail : en voici un, en attendant, que je ne crois pas dénué d'intérêt :

Mlle... est née de père et mère scrofuleux : celle-ci a succombé, à l'âge de 32 ans, à une phthisie tuberculeuse. Elle a passé son enfance dans une habitation humide et sombre, entourée de bois épais et de marécages. Elle a actuellement 19 ans et paraît en avoir à peine 12 : elle est chétive, petite, sans formes ni tournure ; toutes les glandes du cou sont tuméfiées. Demeurant à la campagne, dans un état de gêne extrême du côté de la fortune, elle n'a eu recours que rarement, et à de longs intervalles, au secours de la médecine. Cependant son état empire, sa poitrine s'affecte ; ses règles, qui ont paru la première fois à 17 ans, qui ont toujours été pâles et irrégulières, se suppriment complétement, ses forces se perdent. Le hasard me conduit près d'elle à la fin de l'hiver de 1834-35. Je la trouve accroupie au coin du feu, courbée comme une vieille femme, toussant beaucoup, respirant avec peine, ayant les jambes enflées : son appétit est nul, ses digestions laborieuses, son découragement extrême. Cependant la poitrine résonne à la percussion : il n'y a ni bronchophonie ni pectoriloquie ; l'expectoration est muqueuse, elle n'a jamais craché le sang : les contractions du cœur sont fréquentes, mais égales et régulières. Je lui prescris un régime analeptique, restaurant sans échauffer ; l'emploi du gland torréfié en guise de café et l'exercice autant que ses forces lui permettent de le prendre. Je la revois au bout de trois semaines, il n'y a rien de changé dans son état : seulement son appétit est un peu meilleur, ses digestions moins pénibles.

Je fais continuer les mêmes moyens en y joignant l'*élixir viscéral de Hoffmann.* Elle persévère dans leur usage jusqu'au mois de mai, mais alors elle s'en fatigue. Je restai deux mois sans la voir ; à cette époque je trouvai, son état fort empiré : l'oppression est tellement forte qu'elle peut à peine se traîner de son lit sur sa chaise ; la peau de la face est bouffie, la voix grêle et flûtée, les jambes gonflées, l'engorgement des glandes maxillaires, sur lequel un médecin avait fait appliquer deux fois des sangsues (!!) considérablement augmenté ; il y existe deux plaies suppurantes blafardes, avec amincissement et décollement de la peau. Je voulus revenir aux amers, mais elle s'y refusa ; le goût lui répugnait,

elle n'y avait plus de confiance. J'eus recours alors à l'iodure de fer, de l'administration duquel le mauvais état des organes de la digestion et de la respiration m'avait détourné. Elle en prit d'abord quatre, puis six, enfin huit grains par jour, sans s'en trouver incommodée. A peine en eût-elle fait usage pendant une quinzaine, qu'elle commença à ressentir de la pesanteur dans les lombes et les cuisses. Elle prit quelques bains de siége aromatiques, et continua son iodure, dont l'effet lui parut être d'exciter l'appétit et de ranimer les forces. Elle put alors passer chaque jour quelques heures au jardin et y cultiver des fleurs. Le 15 août, apparition des règles, incontinent suivie d'un soulagement marqué du côté des poumons; les jambes se désenflèrent presque aussitôt. Au mois d'octobre, m'absentant de Namur, je la perdis de vue, mais à mon retour, en février dernier, je ne fus pas peu surpris de la voir venir chez moi, ayant fait le trajet à pied. Il s'était opéré chez elle le plus heureux changement. Pendant tout l'hiver elle avait fait seule le ménage de son père. Elle était toujours pâle, maigre, frêle, transparente; l'engorgement glanduleux persistait, les plaies suppuraient, mais avaient un aspect plus animé. Cependant elle ne toussait que rarement, sa voix avait pris plus de volume; elle respirait plus librement; ses règles venaient tous les mois, mais sans être bien périodiques, toutefois rouges et assez abondantes par comparaison avec ce qu'elles avaient été auparavant. En un mot, son état me parut aussi satisfaisant que sa constitution profondément scrofuleuse pouvait le permettre. Elle m'a promis de continuer son traitement, et je n'ai plus entendu parler d'elle.

Observations sur la proposition de M. Valérius, présentée au Congrès médical de Belgique, concernant la profession de pharmacien; par M. Verbert, professeur de chimie à Anvers.

Dans la séance du 29 septembre 1835, du Congrès Médical de Belgique, M. Valérius a déposé sur le bureau une proposition, dont la discussion a été renvoyée à la séance suivante, par laquelle il exprimait le désir *de voir nommer une commission à l'effet d'aviser aux moyens à prendre pour mettre tous les pharmaciens au niveau des découvertes des sciences qui concernent leur art et d'exciter parmi eux une émulation propre à faire faire des progrès à la chimie en particulier.*

Le discours dans lequel l'honorable membre a développé cette proposition, a été inséré dans le *Bulletin Médical Belge*, n° d'octobre 1835. Parmi les moyens que l'auteur propose pour arriver à ce but, il s'attache à faire ressortir les avantages de la création d'un journal de pharmacie dont il trace le plan.

M. le docteur Valérius en rendant hommage au vœu exprimé par l'honorable M. Jullien, que le Congrès *laissât des traces durables de son existence par un acte remarquable ou éclatant propre à l'avancement ou à l'amélioration de l'art de guérir*, regarde le moyen qu'il propose, comme propre à atteindre ce but, quant à l'avancement de l'art du pharmacien.

Suivant lui, ce moyen servirait encore *à élever l'état de pharmacien au rang qu'il doit occuper dans la société, et à procurer de l'instruction à une classe d'hommes, aussi nombreuse qu'intéressante, et à donner une nouvelle impulsion aux sciences et aux arts dans notre beau pays.*

Le désir de M. Valérius, consigné dans les passages que je viens de citer, est une preuve évidente de ses bonnes intentions, et la réalisation de ce point serait un acte de la plus haute importance en faveur de l'humanité, mais qui est entourée de difficultés dans l'exécution. L'obstacle à l'accomplissement d'un tel projet est bien plus grand que l'auteur se l'est sans doute imaginé; et d'abord faisons remarquer que, quelle que soit en effet l'utilité d'un journal, son mérite et la profusion de sa distribution, il serait insuffisant pour produire l'espèce de prodige que l'auteur s'en est promis, celui *de mettre tous les pharmaciens au niveau des découvertes*, etc., *et d'élever l'art du pharmacien au rang qu'il doit occuper et donner de l'instruction*, etc.

Ce qui autorise d'abord cette défiance, c'est la publication depuis longtemps en Belgique des journaux qui traitent des différentes parties de l'art et nommément du journal de pharmacie, et l'acquisition que font les pharmaciens de ce pays des autres ouvrages relatifs à leur art au fur et à mesure qu'ils paraissent; ce qui prouve que l'insuffisance qu'on leur suppose ne peut provenir du manque de tels ouvrages.

Au surplus, ce doute acquiert, pour ainsi dire, un degré de certitude pour toutes les personnes qui ont une notion suffisante de l'état de l'art pharmaceutique, considéré en général, non-seulement en Belgique mais dans d'autres pays.

Je m'occuperai de cette question et je tâcherai de faire comprendre que la position précaire et abjecte à laquelle est descendue la pharmacie, provient bien moins du manque de journaux et d'ouvrages qui traitent de cette science, non plus que des capacités réelles des pharmaciens belges, que d'autres causes qui seront signalées ci-après.

Mais avant d'aborder cette question, qu'il me soit permis de relever une assertion qui ne me semble nullement fondée. Si dans la réfutation que je suis obligé de faire à ce sujet, il m'arrivait de me servir de mots ou de termes qui pourraient blesser en la moindre chose les convenances et le respect dûs à M. le docteur Valérius, je le prie de croire que ce serait tout à fait contraire à mes intentions, qui d'ailleurs sont en tout conformes aux vœux qu'il a exprimés.

Je veux parler du passage où il est dit, *que les pharmaciens belges sont loin de posséder une instruction aussi solide que dans les pays voisins.* C'est là une supposition toute gratuite et j'ose croire que M. Valérius ne s'est point trouvé dans l'occasion de faire à notre égard une appréciation si défavorable, bien qu'il n'ait considéré la question que sous le rapport du plus grand nombre, et en admettant d'honorables exceptions.

En défendant par conséquent ce plus grand nombre contre l'espèce de déni, qui a été fait à leur détriment, je dois aussi envisager la question sous le rapport du plus grand nombre des pharmaciens à l'étranger pour établir la conformité de la comparaison qu'il est nécessaire de faire entre eux et les pharmaciens belges, et admettre aussi d'honorables exceptions dans les pays étrangers.

Comme il est probable qu'en citant les pays étrangers l'auteur a eu l'intention de faire plus particulièrement allusion à la France, je crois devoir le suivre sur ce terrain, malgré le désavantage qu'il présente à la discussion; car il est de fait, que ce pays possède des grandes notabilités dans toutes les sciences, et partant dans la science pharmaceutique. Pour entamer cette comparaison il convient de prendre en considération la différence numérique des pharmaciens en France, relativement aux pharmaciens en Belgique; cette considération amènera à entrevoir que le plus grand nombre des pharmaciens belges, quoique n'étant point connus par des travaux scientifiques, ne sont pas pour cela si inférieurs en instruction, relativement au plus grand nombre des pharmaciens français, comme on a pu le supposer. Après ces avertissemens, je vais entreprendre la réfutation de l'assertion de M. le docteur Valérius, rendue publique par l'organe du *Bulletin médical belge.*

Voyons d'abord sur quelles raisons M. Valérius a cru pouvoir baser le jugement qu'il a porté sur l'instruction des pharmaciens belges.

Deux causes sont alléguées. La première consisterait *dans la facile obtention des diplômes à délivrer par les commissions médicales provinciales*, et la deuxième *dans l'absence de toute émulation; d'où résulterait qu'une fois reçus par ces commissions les pharmaciens abandonnent toute espèce d'étude pour ne plus se livrer qu'à la partie commerciale ou cambiste de leur art.* Je ferai observer ici par anticipation à l'égard de la dernière partie de ce passage, qu'elle consacre le but principal et le plus important de l'exercice de la pharmacie, comme je le démontrerai plus loin.

En ce qui concerne la première de ces deux causes, si réellement la supposition de l'auteur était fondée, ce ne serait point cette cause qu'il conviendrait d'accuser, puisqu'il est connu que les jurys chargés en France de l'examen des candidats en pharmacie en agissent à peu près de même que nos commissions médicales provinciales.

De là, on est fondé de tirer la conclusion, que les mêmes causes étant censées produire nécessairement les mêmes effets ou de donner les mêmes résultats, le plus grand nombre des pharmaciens français ne doivent pas l'emporter en capacités sur celui de leurs confrères belges.

Mais il paraîtrait que M. Valérius considère comme insuffisante l'instruction ou l'enseignement qu'on donne en Belgique aux élèves qui se destinent à l'art de la pharmacie; d'où résulterait une espèce de sous-cause de la faible instruction des pharmaciens de notre pays, puisqu'il croit pouvoir les mettre à la hauteur des connaissances par la distribution du journal de pharmacie augmenté et rendu du plus populaire.

Sans doute personne ne s'avisera, je pense, de contester l'utilité et les services que pourrait rendre un pareil journal, puisque l'exemple du journal de pharmacie, qui se publie depuis un grand nombre d'années, est un témoin irréfragable, qui atteste de la manière la plus évidente ce qu'on peut attendre d'un semblable ouvrage amélioré ou perfectionné. Cependant, nonobstant la justesse de cette observation, je ferai remarquer que ce seul moyen ne suffirait pas pour obtenir l'amélioration tant désirée. Je répéterai que ce n'est pas au défaut de semblables publications qu'il serait permis d'attribuer notre infériorité, vu que le journal de pharmacie et les autres ouvrages qui ont rapport à la pharmacie, sont autant recherchés chez nous qu'ailleurs; et par ce fait, nous sommes, quant à leur influence sur l'instruction, de pair avec nos voisins. On ferait preuve d'une grande ignorance de l'esprit qui dirige les pharmaciens belges, et du zèle qui les anime, si on voulait leur refuser la part qu'ils prennent au mouvement progressif de la science par l'usage qu'ils font de ces sortes de productions.

L'auteur n'a probablement pas voulu présenter son journal comme un ouvrage élémentaire destiné à l'usage des élèves, car il n'ignore pas que dans l'enseignement des sciences exactes surtout, il est indispensable de parler aux yeux par des démonstrations expérimentales ou autres; cette condition est de rigueur dans l'enseignement de l'art pharmaceutique.

Si ces réflexions font voir que les pharmaciens étrangers n'ont pas plus d'avantages que nous, sous tous les rapports d'instruction qui viennent d'être mentionnés, et que, par cette considération, ils ne doivent pas non plus être regardés comme étant plus instruits, il faudra aussi admettre que l'assertion de M. Valérius est toute idéale.

Cependant on pourrait encore invoquer en sa faveur l'enseignement public qui se fait en France comparé à celui qui a lieu en Belgique. Mais cette prétention perd beaucoup de son importance, quand on examine attentivement la situation et le nombre des établissemens consacrés à cet usage dans les deux pays en proportion de leur population ou de leur étendue.

Ainsi, en admettant que les trois écoles de pharmacie établies dans trois grandes villes de la France, offrent des modèles à imiter dans d'autres pays, je crois être fondé à avancer qu'en Belgique les pharmaciens trouvent tous les élémens d'instruction dans les établissemens destinés à l'enseignement public. Et en effet, n'avons-nous pas, eu égard à la petite étendue de notre pays, autant et même davantage de ces établissemens que les pays voisins? Un simple coup-d'œil jeté sur ceux que nous possédons suffira pour justifier cette assertion.

On trouvera, sans beaucoup de peine, qu'il y a chez nous, depuis plus de trente ans, deux écoles où l'enseignement de toutes les parties de la pharmacie marche

de pair avec les autres branches de l'art de guérir; ces deux établissemens existent, l'un à Bruxelles et l'autre à Anvers. Il est possible qu'il en existe d'autres dont je n'ai point connaissance. D'un autre côté, trois universités ont été érigées il y a environ vingt ans, à Louvain, à Gand et à Liége. La position géographique de ces cinq villes rend leur accès et leur fréquentation facile aux habitans des autres provinces.

Aussi ces cinq points d'enseignement n'ont pas été peu fréquentés, et il est juste de dire que grand nombre d'étudians y ont reçu une instruction et y ont puisé des connaissances dont ils justifient continuellement la solidité dans leur pratique; je pourrais à l'appui citer ici plusieurs noms honorables, si je n'étais retenu par la crainte de blesser leur modestie.

Mais comme de semblables raisons ne peuvent être invoquées à l'égard des confrères qui ne sont plus, je me permettrai de rappeler les noms de ceux qui ont honoré leur profession, pour autant qu'ils sont à ma connaissance.

Mais auparavant je ferai observer que l'absence d'émulation est beaucoup moins grande parmi les pharmaciens belges qu'on a bien voulu le dire, et je demontrerai que ce n'est pas non plus à la deuxième cause alléguée qu'on peut attribuer le défaut des connaissances supposé chez eux.

A cette fin, je ferai usage de la connaissance particulière que j'ai acquise de la situation et de la disposition des pharmaciens de la province d'Anvers; cette esquisse pourra servir en même temps à donner une idée de ce qu'il est juste de penser, en général, des capacités de ces pharmaciens; elle mettra au jour l'émulation qui existe entre eux pour agrandir la sphère de leurs connaissances, nonobstant la position peu avantageuse dans laquelle se trouvent plusieurs d'entre eux, position, comme on le verra par la suite, peu favorable à stimuler le désir de s'occuper d'une manière plus spéciale et plus étendue du perfectionnement de leur art ou des sciences qui y sont relatives.

Si, par le choix que je suis obligé de faire de la province d'Anvers, son exemple peut servir de point d'unité ou de comparaison pour les autres provinces du royaume, nul doute que la Belgique doit être considérée comme occupant dans la hiérarchie de la pharmacie un rang aussi honorable que les états voisins, d'après l'ancien adage : *Ab uno disce omnes.* Je dois déclarer à ce sujet, que je ne prétends pas par là vouloir en rien diminuer le droit que peut avoir toute autre province à la préférence de ce choix. J'ai fait sentir plus haut, et je le répète ici, qu'il serait peut-être difficile de compter dans les pays voisins autant de pharmaciens abonnés aux journaux scientifiques qu'en Belgique, ce qui est certainement une preuve en faveur de leur amour pour l'acquisition de nouvelles connaissances, sans parler des ouvrages spécialement de leur ressort dont ils font l'acquisition. Comme au sujet des indications à faire, je suis obligé d'éviter les citations individuelles, je présenterai les pharmaciens en masse, selon les localités où ils se trouvent dans la province d'Anvers.

De cette manière, en commençant par la ville de Malines, j'ai la satisfaction de dire qu'elle renferme des pharmaciens d'un grand mérite, qui cultivent avec persévérance et distinction, non-seulement toutes les parties des sciences pour autant qu'elles sont nécessaires à l'art pharmaceutique, mais aussi spécialement la physique, la chimie, l'histoire naturelle, la fructiculture, etc.

Dans la ville de Lierre, je connais des pharmaciens-chimistes qui recherchent l'instruction progressive et qui s'occupent beaucoup des préparations chimiques.

Passant de cette dernière ville à celles d'Herenthals, Turnhout et Gheel, je puis dire qu'il s'y trouve des pharmaciens instruits, qui se font distinguer par leurs soins et la bonne tenue de leurs officines.

Nous avons dans des communes moins peuplées, comme Hoogstraeten, Moll, Boom, Berchem, et nommément Borgerhaut sous Deurne, des pharmaciens qui exercent leur art avec honneur et ne cessent de joindre l'étude à la pratique.

Arrivant enfin à la ville d'Anvers, lieu de mon domicile, où l'exercice de la pharmacie m'a occupé pendant vingt-deux années, je voudrais pouvoir m'abstenir du récit que je suis obligé de faire concernant les pharmaciens qui sont établis dans cette grande cité; mais mon silence à leur égard, outre qu'il ferait commettre une injustice, pouvant donner lieu à une interprétation tout à fait opposée à mes intentions et à ma conviction, je dois donc, abandonnant toute espèce de considération, ne m'occuper que de la défense que j'ai entreprise.

Je dirai donc que, sans avoir l'intention de porter la moindre défaveur à la réputation et aux capacités des pharmaciens des autres villes du royaume, je suis intimement persuadé que ceux d'Anvers ont droit de se montrer dignement parmi leurs confrères, tant sous le rapport de leurs connaissances que sous celui de leur zèle et de leur émulation; ce dont ils continuent de donner des preuves évidentes, comme, entre autres, il résulte de la part que grand nombre d'entre eux ont prise dans une société de lecture, qui date depuis plusieurs années, et où on s'occupe exclusivement d'ouvrages relatifs à l'art médical.

Mais cet empressement pour l'instruction n'était, pour ainsi dire, qu'une espèce de prélude à une association plus remarquable, qui prouve l'amour, le zèle et l'émulation qui les anime lorsqu'il s'agit des progrès de la science pharmaceutique.

Je veux parler de la formation spontanée d'une association des pharmaciens de ladite ville, instituée dans le but d'établir entre eux un centre de communications mutuelles et instructives, comme aussi d'aviser aux moyens propres à soutenir et défendre leur art contre tous les abus et les empiétemens qui peuvent les atteindre, au détriment et au mépris de leurs droits.

Cette association, qui a pris le nom de *Société libre des pharmaciens d'Anvers*, compte parmi ses membres la grande majorité des pharmaciens de cette ville. Un tel exemple sera probablement jugé digne d'attention et d'être imité partout où une si belle concorde n'a pas

encore été établie. Voilà des faits irrécusables, et je suis persuadé que si M. le docteur Valérius les avait connus, ainsi que tous ceux qui précèdent, il nous aurait rendu plus de justice, c'est-à-dire au plus grand nombre des pharmaciens de la Belgique.

Après cet exposé fidèle, je dois, selon ma promesse, m'occuper de la commémoration des pharmaciens belges qui ont satisfait la dette de la nature, et qui ont durant la vie honoré leur profession.

Cette espèce de biographie, en même temps qu'elle fera voir que la Belgique n'a pas été aussi dépourvue de pharmaciens de mérite qu'on pourrait se l'imaginer, par la raison que leurs observations et les travaux dont ils se sont occupés n'ont, pour la plupart, pas été publiés, ou très-rarement, ce qui fait que leur mérite n'a pu être connu et apprécié que par ceux qui ont eu la satisfaction et l'avantage d'avoir avec ces hommes des relations assez intimes, servira aussi à rendre à la mémoire de ces confrères le tribut d'éloges et de reconnaissance qu'ils sont dignes de recevoir pour leur zèle et les services qu'ils ont rendu à l'humanité.

Dans les recherches que j'ai faites à ce sujet, je me suis borné à porter mon attention sur les dernières années du siècle passé et sur les premières années du siècle présent. Si parmi ces noms, il en est que j'ai omis, je déclare que ces omissions sont tout à fait involontaires. Je m'engage toutefois à remplir cette lacune dès qu'on m'aura mis à même de m'acquitter de ce devoir, en me faisant parvenir les renseignemens qui me manquent.

En commençant la série de l'indication des lieux par la ville de Bruxelles, je trouve un Van den Sande, un De Roover, un Caroly, un De Strooper, un Lequime, un Gilson, un Steenmetser, un Servais, un Kickx.....

A Louvain, un Crombeeck. . . . . .

Dans la ville de Gand ont existés, entre autres, Van Baveghem, Van Hoorebeeck . . . . . .

. . . . . .

A Liége a été connu avantageusement M. Lafontaine.

. . . . . .

. . . . . .

Et à Namur on a remarqué, parmi ses confrères, M. Louis. . . . . .

Dans la ville de Lierre a existé un pharmacien nommé Dom, qui s'était distingué pour ses connaissances étendues.

J'ai connu à Anvers les pharmaciens Franck, Dector, qui a été victime de ses expériences avec le gaz hydrogène, Schewyck, Hubens, Emeri, Van Merstracten, Vrancken. . . . . .

Je le répète, je regrette vivement de ne pouvoir rendre un semblable hommage à la mémoire des pharmaciens estimables qui ont vécu dans les autres villes de la Belgique, à cause de l'ignorance où je suis de leurs noms.

Maintenant, n'est-on pas en droit de conclure, d'après tant de témoignages incontestables, qu'à l'égard du plus grand nombre de ses pharmaciens, comparés sous le rapport dont il s'agit, aux pharmaciens des pays voisins, la Belgique peut se présenter aux regards de l'étranger sans crainte de se compromettre?

Mais, dira-t-on peut-être, quelles sont donc les raisons ou les causes de l'espèce d'inertie, en vérité plus apparente que réelle, qu'on semble être en droit de reprocher aux pharmaciens belges, et qui donne occasion de penser et de dire *qu'ils ne font presque rien pour la science?*

Pour répondre à cette question, il convient de se rappeler ce qui a déjà été prouvé dans cet article, que ces raisons et ces causes résident moins dans le défaut des connaissances, défaut qui leur a été trop généreusement accordé, que dans la situation et la condition peu envieuse des pharmaciens. En outre, je répondrai qu'il me semble que l'idée de ce reproche prend son origine principale dans la rareté de la publication des observations et des travaux auxquels peuvent se livrer les pharmaciens de ce pays; circonstance qui semble au premier abord donner quelque vraisemblance à l'accusation, parce qu'en effet, soit que cela arrive ou provienne d'un caractère moins désireux de la renommée qu'il ne l'est chez d'autres nations, soit par d'autres raisons plus réelles, dont je parlerai plus loin, il est de fait que cette rareté de publication existe chez nous. J'ajouterai que la pénurie de ces publications pourrait aussi avoir une de ses sources dans une trop grande défiance de la part des pharmaciens belges dans leurs propres capacités. Je n'ignore pas qu'une pareille déclaration peut donner occasion à des commentaires contraires aux intérêts que je soutiens; mais j'ai senti que, parlant par conviction, cette considération ne devait pas arrêter son expression et l'émission de ma pensée toute entière.

Quoiqu'il soit permis de supposer que ces deux raisons fournissent leur part dans cette espèce de stérilité, il doit y en avoir de plus réelles, qui paralysent chez les pharmaciens leur goût et leur bonne volonté pour concourir par leurs études, leurs expériences et leurs observations au profit des sciences, et de rendre ces travaux utiles par la voie de la publicité.

Pour trouver et reconnaître ces causes réelles, il est nécessaire de considérer la pharmacie dans son véritable état actuel; toute personne qui a été dans le cas de pouvoir juger de cet état, s'apercevra aisément que c'est la situation abjecte et précaire de l'art qui constitue la cause majeure et réelle qu'elle cherche à découvrir.

En poussant plus loin nos investigations et portant notre attention vers les causes qui occasionnent cet état, nous nous apercevons qu'il y a des vices et des abus, qui forment comme une sorte d'anneau, ayant pour élémens constituans tout ce qui tend à abaisser le rang que le pharmacien doit occuper dans la société, tel que le charlatanisme, les empiétemens de toute espèce, etc.; que ce cercle vicieux est dans un mouvement de rotation continuel, qu'il entraîne rapidement tous les nouveaux élémens qu'il peut atteindre, se les associe et se les approprie autant qu'il peut, grossit et étend ainsi continuellement son volume et son rayon, et menace

finalement d'éclipser la faible et chancellante lumière que répand encore un art indispensable au bien-être de l'humanité, qui n'a pas la force ou la puissance, et n'a trouvé jusqu'à présent, ni la protection ni l'assistance pour rompre l'union ténace des vaisseaux de cet ennemi redoutable, et d'arrêter le cours du torrent dévastateur déchainé par l'invasion de ses légions d'abus sur le domaine de la pharmacie.

Cette recherche un peu soutenue amènera naturellement à apprécier d'une manière plus précise qu'on ne le fait ordinairement, les moyens d'existence qui sont réservés aux pharmaciens, et de là à la conviction que, pour se vouer à des occupations scientifiques, qui entraînent à des dépenses spéciales et extraordinaires, le pharmacien a besoin de quelque chose de plus que du zèle, de la bonne volonté et des capacités; et tranchant le mot, je dirai qu'il lui faut à cet effet une honnête existence, conforme à l'importance de sa profession; il faut, par conséquent, qu'il trouve dans la direction de son officine et les soins que lui impose l'exercice de son état une compensation raisonnable pour les sacrifices qu'il voudrait s'imposer.

C'est là, à mon avis, le point culminant, la *conditio sine quâ non.* Ce qui revient à faire sentir qu'aussi longtemps que par des mesures efficaces le sort des pharmaciens ne sera pas convenablement amélioré et qu'ils ne puissent avoir une perspective, au moins probable, de pouvoir se livrer aux susdits travaux sans léser trop sensiblement leurs intérêts mieux entendus, on peut être persuadé qu'on n'aura rien ou très-peu fait pour les engager ou les déterminer à de telles entreprises; on ne réussira pas à leur faire négliger la partie commerciale de leur état, qui forme le moyen de leur existence et de celle de leur famille. L'accomplissement de ce devoir est trop urgent et trop naturel pour admettre que le pharmacien se laissera entraîner à un tel oubli de ses engagemens envers tout ce qui doit lui être le plus cher; et ce devoir il est obligé de le concilier consciencieusement avec le bien-être des patiens, bien-être renfermé dans les soins et la bonne direction de son officine. Aussi les secours que peut réclamer le public confiant et qu'il a droit d'exiger de l'exercice de la pharmacie, est incontestablement l'objet le plus essentiel et le plus important dont le pharmacien ait à s'occuper. En ceci réside le principe originaire de la pharmacie, en vertu duquel elle continue d'exister; c'est dans ceci qu'est compris l'observance première et absolument rigoureuse de sa partie pratique, et dont la moindre négligence, le moindre écart de la part du pharmacien, serait non-seulement capable de compromettre sa réputation, son honneur et ses moyens d'existence, mais, ce qui est infiniment plus important et plus précieux, la santé et la vie de ses semblables. On conçoit qu'une obligation de cette nature et qui concerne un objet d'une si haute importance ne saurait être susceptible d'aucune dispense; qui pourrait délier le pharmacien du moindre accomplissement de tous ses devoirs, même les plus minutieux.

Ce sont incontestablement, comme je viens de l'exposer, les conditions et les obligations qui enchaînent, pour ainsi dire, la volonté et qui lient le pharmacien à la partie principale de son art, et dont il faut dans l'état actuel de la pharmacie accepter les conséquences, à moins de vouloir que l'homme, qui rencontre à peine dans l'exercice d'une profession libérale les ressources indispensables à l'existence, aille risquer de les laisser engloutir dans des opérations et des travaux, dont il peut très-bien se dispenser sans commettre aucune négligence ni manquer à ses obligations; non, l'existence de sa famille l'intéressera, comme de raison, bien davantage, et ne lui permettra pas de montrer un pareil mépris pour les médiocres avantages que lui procure la pratique légale de son art. On sent que le sacrifice serait par trop grand, et il y aurait peu de raison de l'espérer; ce serait pure illusion.

L'exposition des raisons et des causes pour lesquelles les pharmaciens sont contraints de s'abstenir des travaux dont il s'agit, indique assez les moyens qui seraient propres à remédier à ces défauts. Lorsqu'on y fait attention, on remarquera facilement que la situation peu envieuse de l'état de pharmacien a pour cause la disproportion excessive du nombre des pharmaciens établis, en rapport avec celui de la population, ce qui signale le *vice radical* et en même temps le plus puissant remède contre le *mal-être* indiqué plus haut et ses suites. Malheureusement ce moyen curatif n'a pas l'avantage de la sanction nécessaire et on ne l'obtiendra probablement pas de sitôt. Par cette raison tout en indiquant ce vice et les suites je crois qu'on devra insister sur une protection franche et efficace pour maintenir les droits légaux des pharmaciens, et réclamer à cette fin la répression de tous les abus qui ont lieu à leur détriment; car il existe maintenant plus que jamais des vices et un désordre évident à cet égard, qui encombrent non-seulement, mais tarissent même plusieurs sources nécessaires à l'alimentation de la pratique de la pharmacie; ces causes occasionnent une pénurie ou une disette toujours fâcheuse, dont les conséquences, que je ne me permettrai pas de spécifier, sont soumises à diverses influences particulières; je me bornerai à remarquer qu'on aurait grand tort de croire qu'un tel état des choses lèse uniquement l'intérêt matériel du pharmacien; bien au contraire, des raisons puissantes, militent avec plus de force en faveur du redressement des griefs, dont les pharmaciens regrettent beaucoup d'avoir à se plaindre.

D'après tout ce qui précède et en considération de tous ces motifs, il me paraît que la demande du redressement de ces abus et de ces vices est un premier pas à faire dans l'amélioration dont il a été parlé plus haut; lequel pas soutenu par des propositions à faire pour l'éducation bien dirigée des jeunes élèves, dont le zèle et l'amour pour les connaissances seraient ensuite alimentés par la publication d'ouvrages analogues à l'excellent journal proposé par M. Valérius, pourraient conduire à un résultat plus satisfaisant pour l'intérêt général.

Je propose en conséquence, de réclamer du gouvernement des lois, efficacement protectrices, sagement ap-

propriées au principe fondamental et aux conséquences de la pratique de la pharmacie, qui établissent et assurent la sécurité et la garantie qu'a droit d'exiger le public confiant, en même temps qu'elles présentent aux pharmaciens des compensations raisonnables pour les peines, les efforts, les sacrifices, qu'ils ont dû s'imposer avec la grande responsabilité qu'ils ont assumée sur eux.

Si ces vœux étaient accueillis favorablement, les avantages, que ne manquerait pas de fournir l'exécution des mesures convenables, auraient indubitablement sur les arts et les sciences la plus heureuse influence. Pour ne citer à l'appui qu'un exemple, supposons que par une sage combinaison, on parvienne à doter les communes rurales d'un nombre bien proportionné et bien distribué des pharmaciens, il en résulterait des avantages qui seront facilement appréciés. Ensuite, une prévision fondée présente la perspective des lumières et des améliorations, que pourraient répandre sur l'industrie agricole en général, les connaissances dépendantes de la pharmacie; les pharmaciens étant dans la proximité des lieux, et en contact avec nos campagnards, saisissant l'occasion et l'à propos, pourraient joindre l'exemple au précepte, l'exécution à la proposition, et parviendraient peut-être à résoudre, par des démonstrations pratiques le problème de la routine de cet héritage perpétuel de père en fils, si opiniâtrement retenu et si soigneusement conservé chez nos agriculteurs, que tous les moyens essayés jusqu'ici ont échoué contre leur ténacité décidée.

En terminant ce travail je crois devoir rappeler de nouveau qu'il ne s'est agi, quant aux connaissances et aux moyens d'instruction, que de la comparaison du plus grand nombre des pharmaciens étrangers relativement au plus grand nombre des pharmaciens de la Belgique, ou du parallèle entre eux.

Pour ce qui concerne l'enseignement pharmaceutique, malgré ce que j'en ai dit pour établir la comparaison entre les pays voisins et le nôtre envisagés d'une manière générale, je dois l'avouer, je ne pense pas que l'instruction ou l'enseignement a acquis, sous ce rapport, ailleurs plus qu'ici, le degré de perfection dont il est susceptible. Cette question étant jusqu'ici, pour autant que je sache, encore en dehors des lois adoptées et des propositions connues sur l'enseignement médical, il est à espérer que les personnes chargées de la révision des lois et des réglemens destinés à régulariser et à régir l'existence de l'art pharmaceutique, pénétrées de la grande importance de leur mission s'en occuperont avec autant de zèle que d'empressement et combleront les lacunes que nous avons signalées.

Ne pouvant, pour plusieurs motifs, m'occuper maintenant plus en détail du régime et de l'exercice de la pharmacie, considérée tant dans son état actuel que dans son avenir, c'est-à-dire, de l'exposition de toutes les causes réelles et accidentelles, qu'une longue observation m'a fait connaître, et qui maintiennent dans cette science un désordre assez déplorable pour mériter une sérieuse attention du gouvernement et la coopération de tout homme animé des véritables sentimens philantropiques, afin de le corriger et de le faire disparaître autant qu'il est permis de l'espérer; je me bornerai à l'indication de deux points fondamentaux, qui ressortent des considérations qui précèdent.

Le premier point consiste dans la protection franche et efficace, si nécessaire pour élever la profession de pharmacien au rang qu'elle doit occuper dans la société.

Le deuxième embrasse tout ce qui est nécessaire pour la sécurité et la garantie que doit offrir la pratique d'un art qui touche si immédiatement à l'intérêt de l'existence des hommes, en même temps qu'il règle le mode des justes indemnités que peuvent réclamer les pharmaciens pour la prestation de leur ministère.

Toutes les autres dispositions à faire et les résolutions à prendre seront les conséquences de ces deux points fondamentaux.

Revenant à l'intention exprimée par M. Jullien, et à la proposition de M. Valérius, je suis persuadé d'avoir secondé leurs vues bienfaisantes, et que la proposition des moyens propres à l'amélioration de l'une des branches de l'art de guérir, dont je me suis occupé, fournira des élémens pour l'érection du monument durable que le Congrès médical a voulu ériger.

En résumant tout ce qui a été dit et exposé ci-dessus, on verra :

Que les raisons et les causes alléguées par M. le docteur Valérius pour soutenir l'espèce de déni fait aux capacités du plus grand nombre des pharmaciens belges, placés en parallèle avec le plus grand nombre des pharmaciens étrangers, ne sont point fondées.

Que M. Valérius n'aurait point hasardé un pareil jugement s'il avait été à même de mieux connaître la généralité des pharmaciens de notre pays.

Que ce n'est point au manque d'ouvrages traitant des connaissances pharmaceutiques, ni à celui de l'enseignement, quoique celui-ci a besoin d'être régularisé en Belgique comme ailleurs, ni à défaut d'émulation qu'il est permis d'attribuer l'infériorité qui nous a été supposée toute gratuitement; d'où il suit naturellement que la publication, soit d'un nouveau, soit d'un journal corrigé et augmenté, ne saurait suffire à remédier au mal indiqué, quand même il existerait réellement.

Que la Belgique n'a pas tant à envier aux pays voisins sous le rapport de ses pharmaciens qu'on l'a trop bénévolement avancé.

Que cette idée a probablement pour origine la pénurie de publicité que les pharmaciens belges donnent à leurs travaux.

Que la véritable cause de cette pénurie réside moins dans des incapacités réelles, que dans une défiance personnelle, et qu'elle a pour source principale la situation et la condition peu avantageuse des pharmaciens.

Qu'aussi longtemps qu'on n'aura point porté remède à cet état précaire, ce sera inutile et en vain qu'on voudra déterminer les pharmaciens à sacrifier aux sciences le produit de leur état, le premier et plus saint de leurs devoirs étant la bonne tenue de leur officine et

l'exacte exécution de la partie pratique de leur art.

Qu'il y aurait erreur de penser que l'état actuel de la pharmacie est uniquement préjudiciable à l'intérêt matériel des pharmaciens.

Qu'indépendamment du grand nombre d'abus, le vice radical gît dans la disproportion du grand nombre des pharmaciens respectivement à celui de la population, et que malheureusement ce vice ne pourra être assez tôt corrigé.

Que la promulgation des lois efficacement protectrices serait un premier pas vers le but proposé.

Que si nos efforts et nos vœux étaient favorablement écoutés, l'humanité, les sciences et les arts ne manqueraient pas d'en ressentir d'heureuses influences.

Que la proposition des moyens, pour introduire dans l'exercice de la pharmacie toute la sécurité dont il est susceptible et pour déterminer les pharmaciens à faire fructifier leurs connaissances à l'avantage des industries, constitue un acte de bienfaisance en faveur de l'humanité capable de fournir des matériaux pour l'érection du monument durable proposé pour perpétuer l'institution du Congrès médical.

LITTÉRATURE MÉDICALE.

Essai sur les corps étrangers développés spontanément dans l'articulation fémoro-tibio-rotulienne; par P. Decaisne de Bruxelles, docteur en médecine et en chirurgie, ex-élève de l'école pratique de l'Hôtel-Dieu et des hôpitaux civils de Paris, ex-prosecteur des cours de Messieurs Andral et Guersent, chevalier de l'ordre Léopold, décoré de la croix de fer, médecin de bataillon à l'ambulance de la 1re division de l'armée Belge. Louvain, 1835; avec cette épigraphe :

> Cherche dans les écrits de tant d'hommes fameux
> Les moyens d'être un jour aussi célèbre qu'eux,
> De toutes nos douleurs lis-y l'horrible histoire;
> Surtout dans ce travail confie à ta mémoire
> Plutôt ce qu'ils ont fait, que ce qu'ils ont pensé.
>
> Ant. Petit.

En ne voyant que le titre de cet ouvrage et les qualités de l'auteur, on est en droit d'espérer d'y rencontrer une série de faits nouveaux tendant à jeter quelques lumières sur le développement des corps étrangers dans les articulations, etc. Sous ce rapport, en effet, un travail de cette nature aurait quelque mérite, car il reste vrai, que dans l'état actuel de la science, ce point de pathologie physiologique est incomplet. En traitant cette question, il serait devenu indispensable de reprendre avec des faits et des expériences le travail de M. Jean Cruveilhier (1), où il cherche à établir que les cartilages diarthrodiaux ne sont pas organisés, et que les membranes synoviales ne se prolongent pas sur eux : dernière proposition moins vraisemblable que la première.

Un livre écrit dans cet esprit, et dans lequel on aurait prouvé par des discussions rationnelles et lumineuses, la véritable théorie du dévoloppement de ces corps étrangers, serait devenu chose utile dans les mains des praticiens. Tel n'est malheureusement pas la brochure de 63 pages de M. Decaisne. Elle ne consiste en effet, que dans la reproduction de la plupart des observations consignées dans les auteurs; je dirai même, une reproduction imparfaite de l'article de Boyer sur cette partie chirurgicale. Il est vrai de dire, que l'on y trouve deux faits inconnus avant la publication de ce livre; l'un recueilli à l'hôpital militaire de Louvain, et le second dans le civil. Mais ces faits n'offrent rien de nouveau ni d'utile à la science.

Le sujet de la première observation mourut des suites d'une arthrite avec suppuration, sans que l'amputation fut faite. Et à cet égard, M. L. qui soignait le malade est taxé d'inattention. M. D. prétend que l'extraction n'était absolument nécessitée ni par la *gêne* ni par la *douleur*, p. 31; cependant dans le narré du fait on lit que le malade fut obligé d'abandonner son service à cause de la *gêne* qu'il éprouvait; et qu'étant couché il ne *souffrait* pas, p. 27.

Le seconde observation établit la présence d'un corps étranger à la partie supérieure et externe du genou (mars 1835), où il a été reconnu et fixé depuis 1832, sans augmenter de volume. De ce fait, l'auteur tire une conclusion que le simple bon sens indique, c'est « que » l'on peut conserver pendant longtemps ces corps » étrangers, sans qu'ils produisent d'accidens nécessi- » tant l'opération. Il ajoute ensuite, que ces corps ne » disparaissent pas par le frottement ou l'absorption » comme paraît le croire un auteur moderne. p. 33. Ce dernier, c'est M. Bégin, dont l'habitude n'est pas de dire *je pense*, sans entourer sa pensée d'une foule de considérations lumineuses qui conduisent au moins très-près de la vérité. M. D. nie ou doute sans preuves et sans raisons, et déclare à la p. 63, que la question de savoir si ces corps peuvent ou non être absorbés, est encore incertaine. Une semblable opinion (de M. Bégin) n'a cependant rien qui répugne à la saine physiologie; car il est évident qu'un corps *libre* dans une cavité articulaire peut s'user par le frottement et par l'action des absorbans; comme on voit les vertèbres disparaître en partie par un même mécanisme, lorsqu'un anévrysme se développe sur elles : observez pourtant que dans ce cas, l'usure et l'absorption ont lieu aux dépends d'un corps *vivant;* tandis que le corps *libre* dans l'articulation est *inorganique*.

L'une des parties les plus intéressantes dans cette question physiologico-pathologique, c'est celle de savoir combien il existe de modes de développement des corps étrangers articulaires. Pour l'auteur, cette formation est encore tout à fait inconnue. (P. 52).... C'est pour moi la preuve qu'il aurait dû observer et recher-

(1) Archives de médecine, tome 4, page 161.

cher avant de publier un livre; c'est aussi déclarer implicitement qu'il n'ajoute aucune foi aux faits observés par des auteurs du premier mérite; c'est enfin le cas de dire qu'il est plus facile de nier que de prouver.

L'anatomie pathologique a démontré à tous les médecins, sans en excepter, j'aime à le croire, M. Decaisne, que sous l'influence d'une modification de vitalité irritative dans les synoviales, naissent des fausses membranes qui s'organisent et se nourrissent à la manière des corps parasites. Ne trouve-t-on pas déjà dans ce fait la clef d'une théorie rationnelle sur un mode de développement de ces corps étrangers, même de leur densité? Et lorsque le pédicule de ces productions se déchire à l'occasion d'un mouvement brusque, ne serait-ce pas alors que, devenu libre, ce corps étranger produirait la gêne et la douleur en marchant par impulsion, et viendrait se placer à l'un des endroits le plus lâche et le plus superficiel de l'articulation?

Les productions accidentelles, comme l'affirment MM. Roche et Sanson, ne naissent-elles pas parfois sur un point des cartilages ou fibro-cartilages?

Et la théorie de M. Bégin, qui établit la naissance de corps étrangers aux environs de la bourse synoviale; *qui les voit* poussés par l'action des muscles, etc., du côté de l'articulation qui offre le moins de résistance; qui *rencontre* ensuite dans la capsule synoviale ces corps recouverts de cette dernière, avec laquelle un pédicule se forme pour se déchirer ensuite ou rester adhérent; et cette théorie, dis-je, calquée sur l'observation, a-t-elle quelque chose d'inadmissible? Ne trouve-t-on pas quelquefois des produits accidentels développés dans le tissu post-péritonéal se comporter de la même manière à l'égard de cette membrane séreuse?

Ce mode de formation de M. Bégin, qui fut aussi celui de M. Béclard, « s'il était constant, dit M. D., il » s'ensuivrait que toujours ces corps seraient pédiculés, » ou devenus libres, porteraient des traces du pédicule, » et c'est ce qui, malheureusement pour M. Bégin, n'a » pas lieu. » (Pag. 51). Mais ce dernier présume qu'ils s'usent et disparaissent par le frottement et l'absorption (pag. 50); et M. D. se borne à nier sans combattre ni détruire. Il fait de même au sujet de leur augmentation de volume après être devenus *libres*. Où serait la raison de science en faveur de cette augmentation et de la métamorphose cartilagineuse et osseuse? Comment expliquer ces métamorphoses, qui sont des attributs des tissus vivans dans un corps *isolé* des instrumens de la vie? Et dans ce cas la présomption de M. Bégin ne devient-elle pas une certitude, puisqu'elle est conforme à l'observation et aux actions physiologiques sur l'absorption? Du reste, M. D. avoue ensuite que *dans certains cas*, le corps est pédiculé (P. 52). Or, puisqu'il ne l'est pas toujours, pourquoi exige-t-il qu'on en découvre des traces? Mais il serait possible, ajoute-t-il, que ce prolongement dépende d'une adhérence à la synoviale. (Pag. 52). Cette nouvelle assertion est erronée : de deux choses l'une, ou bien le corps est *isolé*, partant privé de vie, et conséquemment incapable de contracter adhérence; ou bien cette dernière existe, et n'est que la continuation de l'état primitif avec ses caractères de vitalité.

Quoi qu'il en soit, tout en défendant la théorie de M. Bégin, l'on a vu que je ne la considère pas comme la seule possible. Je n'ai embrassé sa cause que pour empêcher l'altération de la vérité et pour établir que M. D. a préféré les dénégations aux preuves.

Egalement, et d'après les détails dans lesquels nous sommes entré, l'étiologie de ces corps étrangers n'est plus, comme le prétend M. D., couverte d'un voile épais (p. 42); puisqu'ils sont organisés, ils ont dû naître à l'occasion d'une modification de l'action d'un tissu vivant; et cette modification n'ayant été qu'un mode d'irritation, c'est celle-ci qui est cause efficiente. Voilà comment s'explique l'observation de Desault, qui a vu la coexistence de *l'affection* rhumatismale (p. 42), ou bien cette affection *précéder*, si l'on aime mieux croire M. D. à la page 53 qu'à la page 42.

Sous le rapport du traitement, M. D. reste toujours copiste des auteurs. Il transcrit les faits de succès que l'on trouve dans l'ouvrage de M. Boyer, obtenus par cet auteur, Middleton et Gooch, par l'emploi d'un bas lacé ou d'une genouillère, avec lesquels on fixait le corps étranger. M. D. propose ensuite, lorsqu'il n'existe qu'un corps, de le fixer avec une pince du genre de celle qu'emploie M. Breschet pour la cure du varicocèle. Ce moyen, sur lequel l'expérience de l'auteur n'a rien décidé, serait-il, comme il le pense, préférable au bas lacé? Le degré de constriction nécessaire pour fixer le corps étranger, et la nécessité de comprendre dans ce serrement la synoviale, n'aurait-il pas le grave inconvénient de provoquer l'inflammation de celle-ci, etc.?

L'extraction n'est pas du goût de M. D. « C'est, dit-il, » un moyen dangereux, et *ceux* qui l'ont recommandé » comme seul guérissant, ont agi avec une *confiance* » *aveugle.* » (P. 55, 56). Il explique l'opinion de ceux qui le proscrivent, par les accidens survenus; tandis que ceux qui sont partisans de cette opération, se fondent sur des succès presque constans, leur adresse, *ou un groupe de circonstances favorables*. Selon lui, les succès et les insuccès de l'extraction doivent être attribués à l'état dans lequel se trouvait la synoviale lors de l'opération (p. 57), et à la même page il déclare que l'incision de la synoviale n'est pas à redouter, lorsque *les surfaces articulaires* ne sont pas malades... Que quand *on a lieu d'espérer* que la synoviale est parfaitement saine, on peut opérer... Que cependant il ne considère pas comme une puérilité l'introduction de l'air dans l'articulation (p. 58)... Puis, après d'autres considérans, il ajoute qu'il n'hésite pas à dire qu'il lui faudrait de *graves motifs* pour pratiquer ou conseiller l'extraction des corps étrangers dans l'articulation fémoro-tibio-rotulienne; que, pourtant, si diverses circonstances particulières au malade, *la profession*, par exemple, etc., nécessitait l'emploi de ce *moyen dangereux*, etc., il faudrait opérer d'après le mode suivi par les auteurs (P. 59-62).

Toutes ces assertions, la plupart contradictoires, sont loin d'être des préceptes; elles respirent au moins la

prévention et prouvent que l'auteur avait encore beaucoup à observer et à réfléchir sur cette question chirurgicale, avant de se faire imprimer.

Il est aussi quelque chose qui blesse dans la brochure de M. D., c'est d'y trouver les auteurs les plus estimables par la foi et la véracité de leurs écrits, taxés de *confiance aveugle*, parce qu'ils sont partisans de l'extraction (p. 55); de le voir déclarer qu'on peut *douter de la fidélité et de la vérité* des détails que contient le journal de Desault (p. 58). Un tel système de déception est inconcevable là où l'observation étudiée de ce point de pathologie est encore à faire. S'imagine-t-il qu'un médecin, fût-il même sans expérience, qui posséderait le jugement et la raison que l'on est en droit de trouver chez un homme de cette catégorie, croirait plutôt à ses allégations qu'à cette déclaration de Boyer, par exemple, « qu'il est *prouvé par un grand nombre de faits*, que » les malades qui, à la suite de cette opération, observent le repos, la situation convenable de la jambe, » ne commettent aucune imprudence, *n'éprouvent point* » *ordinairement d'accidens.* »

M. D. avoue encore (pag. 58) que chez *plus de la moitié* des malades opérés, des accidens graves sont survenus... et qu'il est effrayé de la *mort fréquente*.... Mais par la récapitulation des faits repris dans la brochure de l'auteur, je trouve :

Guéris sans accidens	9
— avec accidens	4
Morts	5 environ.

Je dis environ, parce que M. D., au sujet des cas de Ford, transcrit d'après cet auteur, « que *dans plusieurs* » *cas*, l'extraction a été suivie d'une violente inflam- » mation, de fièvre, *et même* de mort. » (P. 34.) — Et quant à l'opération suivie de mort, à laquelle le docteur Rampon *a dit* à M. D. avoir été présent; de même deux extractions suivies aussi de mort que M. D. *a eu le malheur de perdre;* j'élague tout cela de ma récapitulation, parce que la balance penche à plaisir du côté des Boyer, Larey, Desault, et qu'il ne serait pas opportun de tenter le contre-poids avec des assertions aussi douteuses.

Mais ces accidens, peut-on les prévoir? La disposition à leur développement est-elle appréciable? Ici l'auteur ne nous instruit pas. Il ne juge de l'état sain de la synoviale que lors de l'opération (p. 57)... Il ne faut se décider à l'extraction que lorsqu'on *a lieu d'espérer* que la synoviale est parfaitement saine (pag. *ibid.*) Est-ce de cette manière que l'on procède en bonne médecine? N'est-ce pas un précepte rigoureux d'opérer malgré les signes d'une inflammation de la synoviale, lorsque tout prouve que cet état maladif a le corps étranger pour cause? Et M. D., qui donne le pour et le contre, ne devient-il pas de cet avis lorsqu'il avance (pag. 62) « qu'il ne » faut se décider à l'opération qu'à la dernière extrémité, » c'est-à-dire lorsque les *douleurs sont intolérables?* » » Ensuite, pourquoi et toujours contradictoirement, dit-il à la page 63, *qu'il n'y a jamais urgence d'opérer.*

Je n'ai pas l'intention de soutenir que cette extraction puisse toujours être exempte d'accidens. L'histoire de la chirurgie prouve à satiété que des opérations remarquables par leur grande simplicité, ont été suivies d'accidens graves et même de mort : la saignée, par exemple. Mais que serait la chirurgie si elle cessait d'agir parce que ces inconvéniens sont possibles? Rien n'indique cette disposition d'un tissu à contracter une inflammation qui désorganise et qui se propage; et lorsqu'elle arrive rien ne pèse sur l'art ni sur l'artiste. Celui qui, à ce sujet, prêche la pusillanimité, tandis qu'une indication positive impose l'obligation d'agir, ne tend à rien moins qu'à replonger la chirurgie dans une entière nullité. Examinez du reste avec impartialité les faits publiés sur la question qui nous occupe, et moins incrédule que M. D., vous serez de ceux *qui ont la croyance* que les accidens arrivés aux malades opérés par Desault, Sanson, etc., etc., n'ont été que les effets d'imprudences commises par ces sujets. Bien plus, après avoir apprécié tous ces revers, fruits de l'indocilité des malades, etc., vous serez probablement conduit à cette conclusion, que l'opération qui nous occupe, lorsqu'elle est suivie de toutes les précautions que l'expérience exige, offre rarement des dangers.

J'ai pratiqué, le 20 avril 1829, *l'extirpation* d'une rotule cariée, chez un sujet *très-lymphatique;* les accidens se sont réduits à très-peu de chose; l'ankylose a eu lieu; et en octobre suivant le malade marchait à l'aide d'une genouillère très-étendue et en cuir très-fort (1).

Ce garçon s'est servi de son membre pendant près de deux ans sans aucun inconvénient; et si l'inconduite, l'indocilité et l'insouciance n'eussent amené, à la suite de plusieurs chutes, la déchirure des tissus qui formaient la cicatrice articulaire, l'inflammation, la carie, etc., l'amputation de la cuisse ne serait jamais devenue nécessaire. Hix (c'est ainsi que se nomme cet opéré) et les confrères qui ont bien voulu assister à l'opération et m'aider de leurs lumières, sont encore ici pour attester la *fidélité* et la *vérité* de ce que j'avance.

Mon analyse pouvait se terminer par l'épigraphe de l'auteur; mais il m'a semblé qu'il ne suffisait pas de confier à la mémoire ce qu'ont fait les hommes distingués en chirurgie, puisque nous venons de voir que les uns font ce que d'autres ne veulent pas faire. Dans ce cas, et pour bien juger, il faut donc aussi retenir ce qu'ils ont pensé. Et comme les jugemens de ces hommes ont varié selon les époques des progrès de la science, celui qui médite leurs écrits et qui veut trouver la vérité, doit être au courant des connaissances médicales actuelles. Sans ces antécédens, le choix d'une autorité pour règle de conduite devient une espèce de prédilection sans motifs raisonnés; et celui qui s'y livre, marche incertain, puisque le jugement n'a pas tracé sa route.

M. Decaisne a fait de louables efforts pour être utile. S'il a cru que la critique devait précéder l'invention et l'expérience raisonnée, il me semble qu'il a eu tort. Si c'est son coup d'essai, il est possible qu'il n'a cédé qu'à l'influence des autres, et dans ce cas, en n'abandonnant pas le zèle dont il semble animé, il deviendra bientôt capable de faire mieux. E. Turion, D. M.

(1) Hygie. Bibliothèque médicale, t. VI, p. 607.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

Ce recueil, commencé en 1835, est parvenu à la deuxième année de sa publication. Il contient des analyses étendues des mémoires présentés à la Société de médecine de Gand et le compte-rendu des discussions soulevées au sein de cette assemblée, ce qui le rend doublement intéressant. L'un des derniers numéros renferme le résumé d'un travail de M. le docteur Guislain intitulé : *Fait nouveau constatant la gangrène des poumons dans l'aliénation mentale.* Ce fait nous paraît trop important pour le passer sous silence. Il vient à l'appui des observations analogues rapportées par l'auteur dans un premier mémoire (1), inséré dans le premier volume des *Mémoires de la Société de médecine de Gand* et reproduit dans la *Gazette Médicale de Paris* (n° du 16 janvier 1836 (2)). Le cas dont il est ici question est le quatorzième de cette nature observé par M. Guislain. Il s'agit d'une fille, âgée de 19 ans, atteinte d'aliénation mentale à la suite de longs malheurs, de veilles prolongées et de fortes privations, laquelle dès le principe de sa maladie refusa de manger. Cette abstinence prolongée pendant près de deux mois, au bout desquels la mort s'ensuivit, produisit les mêmes symptômes pendant la vie que dans les cas précédemment observés, et l'autopsie montra après la mort à peu près les mêmes altérations morbides dans le tissu pulmonaire. Ce fait nouveau diffère seulement de ceux rapportés dans le premier travail de l'auteur, par les circonstances suivantes, que nous copions textuellement.

« 1° L'expectoration, quoique fétide, n'a pas été complétement sanieuse.

» 2° Le poumon droit était particulièrement atteint : jusqu'ici c'était le gauche que j'avais vu le plus souvent affecté.

» 3° Les parties tombées en gangrène m'ont offert une couleur moins noire.

» 4° La désorganisation était plus générale. »

Nous savons gré à M. Guislain de ne laisser passer inaperçu aucun fait propre à éclairer l'étude des affections mentales, qui s'offrent à lui sous toutes les formes dans l'établissement dont il a la direction du service médical, et tout praticien qui aime la science doit lui tenir compte de ses louables efforts.

(1) Nous en avons rendu compte dans ce journal, tome II, page 97.

(2) V. *Encyclographie des Sc. Méd.*, tome II, (2e série) B, page 55.

COMMISSION PERMANENTE DU CONGRÈS MÉDICAL DE BELGIQUE.

La commission, dans sa séance du 20 de ce mois, a choisi les questions suivantes pour être livrées à la discussion du Congrès médical, dans la deuxième session de cette assemblée, qui aura lieu à Bruxelles, dans le courant de septembre 1836.

1re *Question.*

S'il est bien démontré aujourd'hui qu'un enfant peut respirer dans le sein de sa mère et cependant naître mort, la seule induction rigoureuse à tirer des expériences de la docimasie pulmonaire, pour le médecin comme pour les jurés, n'est-elle pas que l'enfant a respiré et non pas qu'il est né vivant? N'y aurait-il pas nécessité, en ce cas, pour les présidens des cours d'assises, de modifier les formules dans lesquelles ils emploient les expressions *avoir respiré, avoir vécu,* comme synonimes de *être né vivant?*

2me *Question.*

Existe-t-il des inflammations spécifiques? Dans l'affirmative, déterminer ce qui les différencie des inflammations simples; indiquer les moyens les plus propres à les combattre?

3me *Question.*

Indiquer le meilleur mode de traitement des fractures des membres.

4me *Question.*

Quelles sont les affections où la compression peut être employée avec succès?

5me *Question.*

Convient-il de cautériser les chancres syphilitiques récens pour prévenir l'infection et jusqu'à quelle époque peut-on le faire sans danger?

6me *Question.*

Quel est le mode d'action du mercure dans les inflammations? Peut-il remplacer les évacuations sanguines et autres moyens de traitement, ou au moins leur être associé avec avantage?

Le jour et l'heure de l'ouverture de la session, ainsi que le lieu où se tiendront les séances, seront annoncés ultérieurement.

Le secrétaire de la commission,
Dr Dieudonné.

Le Rédacteur en chef,
Dr Marinus.

ERRATA DU N° DE MARS DU BULLETIN MÉDICAL BELGE.

Page 72, ligne 6, lisez : M. Eble appartient *au* parti des *contagionistes* au lieu de « M. Eble appartient *à un* parti, etc.

Page 73, ligne 3, lisez : *le passage* que nous ne comprenions pas, au lieu de « *les passages*, etc.

Page 77, ligne 37, lisez : mais toujours *après être* restés en observation pendant le temps prescrit par la loi, au lieu de « mais toujours *être avoir restés*, en observation, etc.

Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

RÉIMPRESSION GÉNÉRALE

DES

OUVRAGES PÉRIODIQUES SUR CES SCIENCES, PUBLIÉS EN FRANCE,

Savoir :

LA LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HOPITAUX;
GAZETTE MÉDICALE DE PARIS;
JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE, ETC.;
BULLETIN CLINIQUE;
JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES;
JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES;
REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE;
ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE;
ARCHIVES HOMOEOPATHIQUES;
ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE;
BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE;
ANNALES DE CHIMIE ET DE PHYSIQUE;
JOURNAL DE PHARMACIE ET DES SCIENCES ACCESSOIRES.

BRUXELLES,
ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, RUE DE FLANDRE, N° 155.

1836.

LA LANCETTE FRANÇAISE,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

MARS 1836.

N° 26. — 1er Mars.

Lacenaire et Avril.

Les retards qu'a éprouvé la publication de cet article ne doivent pas être attribués à notre négligence à remplir les engagemens que nous avons contractés, mais aux difficultés éprouvées pour parvenir à l'examen *immédiat* des crânes de Lacenaire et d'Avril. Nous y sommes enfin parvenu, malgré la cauteleuse répugnance de l'école; tâchons maintenant de répandre quelque intérêt sur cet examen, afin de dédommager nos lecteurs du temps perdu.

On ne s'attend pas sans doute à ce que nous nous posions comme adversaires ou comme champions de la phrénologie. L'étude minutieuse des saillies plus ou moins prononcées du crâne, leur comparaison partielle surtout d'individu à individu, nous occupent moins que le coup-d'œil général sur l'ensemble et la comparaison entre eux des divers diamètres sur le même individu. Il est une foule de circonstances dont il faut tenir compte : comparer le volume extérieur du crâne d'un homme vigoureusement constitué, dont les chairs sont épaisses et les os plus développés, avec celui du crâne d'un individu dont les membres sont peu charnus, grêles et les os minces, serait faire une chose sans portée; ce serait volontairement s'exposer à tomber dans une erreur grossière. Il serait certes aussi absurde de conclure d'un individu à un autre pour apprécier le développement des facultés d'après le développement des diverses parties (si toutefois il y a une relation bien avérée entre ces deux choses), que d'examiner le crâne d'un fœtus comparativement à celui d'un adulte.

Avant d'aller plus loin, il nous paraît nécessaire de bien faire sentir avec quelle parfaite indifférence du résultat nous nous sommes livré à ces recherches. Nous n'avons tenu aucun compte des versions diverses rapportées par les journaux sur les derniers momens des deux assassins si malheureusement célèbres. Pour nous la morale n'était nullement engagée à souhaiter que Lacenaire mourût avec lâcheté ou avec courage. La morale est engagée à désirer une seule chose; c'est que dans aucun but d'intérêt public ou particulier on ne défigure les faits. La morale veut que les hommes disent la vérité; c'est dans la vérité seule, en un mot, qu'est la morale. Il n'y a donc eu chez nous aucune idée préconçue, aucun motif d'amour-propre ou de science à faire valoir : que les crânes de Lacenaire et d'Avril soient gros ou petits, larges ou longs, qu'ils aient ou non la bosse de la destruction ou de la bonté; ce qui nous importe c'est de savoir comment ils ont vécu; comment ils sont morts, comment étaient conformées leurs têtes, afin que l'on tire de tout cela des inductions qu'il faudra encore souvent vérifier par l'expérience avant de les réputer vraies et incontestables.

Lacenaire, homme d'éducation et d'esprit, assassin redoutable par sa fermeté, par le soin avec lequel il méditait ses crimes, par son influence sur des hommes brutes et d'une trempe moins énergique, par le sang froid avec lequel il s'est placé de son plein gré en face de la guillotine, ne pouvait certainement pas être un homme en tout ordinaire; il y avait chez lui quelque chose de ce qu'il fallait pour arriver à la célébrité et à la fortune; mais deux chemins y conduisent; Lacenaire a pris le mauvais, et une fois choisi, soit par son propre instinct, soit par la force des circonstances, il devait y persévérer et ne pas se démentir; car Lacenaire voulait de l'or, et s'il avait pris en haine la société, ce n'est pas certes que la société eût été ingrate pour lui; qu'avait-il fait pour elle? C'est qu'elle lui avait paru capricieuse, plus favorable à d'autres, qui, dit-il, ne valaient pas mieux que lui; la médiocrité de ses succès blessait son orgueil, désespérait son avenir; il a voulu de l'or à tout prix; il a voulu punir les hommes de sa propre médiocrité. Comme homme d'esprit et de talent, en effet, répétons-le, Lacenaire était un être médiocre; ses qualités éminentes étaient sans contredit l'orgueil et une persévérance extraordinaire de volonté. On trouve toujours des hommes qui se laissent dominer par cela.

Lacenaire n'était pas un de ces hommes qui tuent pour le plaisir de tuer; quand il tuait, c'est qu'il avait d'avance calculé le prix que lui vaudrait son crime, et une fois le calcul fait et le total approuvé, il ne jetait plus un seul regard en arrière. Voici le portrait que font de ce malheureux les auteurs du livre publié sous le titre de *Lacenaire après sa condamnation*, etc., et dont nous ne saurions révoquer en doute la véracité,

nos conversations fréquentes avec l'un de ces auteurs nous ayant fait assister pour ainsi dire à ses entretiens avec Lacenaire.

« Le regard de Lacenaire est celui de l'aigle ; son œil n'est pas grand ; mais sa prunelle, à demi couverte par les sourcils, s'agite, impatient d'embrasser les mille objets qu'elle peut atteindre. »

Il était, du reste, de petite taille et maigre ; son professeur lui ayant un jour pris le bras, Lacenaire lui dit : « Je suis maigre, n'est-ce pas ? — Je n'y ai pas fait attention. — Tenez, touchez encore ; toutes les bêtes féroces ont les mêmes caractères. »

Ce n'est pas de sang, mais d'or que se nourrissait Lacenaire ; il n'avait de commun avec les bêtes féroces que l'ardeur insatiable pour sa nourriture privilégiée ; et voilà pourquoi, sans aimer le sang, il tuait de sang-froid et sans remords ; son désir immodéré de l'or ne lui permettait de voir que le résultat et non la moralité ou le hideux de son action ; voilà pourquoi, comme il le répète si souvent, *son sort était de tuer.*

Mais si Lacenaire avait accepté la guillotine comme une éventualité, comme un effet à payer s'il était protesté par la société, s'il avait préféré, comme il le dit, *quitter la vie bien portant et sans passer par l'hôpital,* pourvu qu'il eut de l'or et les joies de ce monde, il ne faudrait pas croire qu'il acceptât le supplice de gaîté de cœur et qu'il ne cherchât pas les moyens de s'y soustraire. Il était en fuite quand il a été arrêté, et il en a tellement voulu à ceux qui l'avaient dénoncé, bien qu'ils crussent qu'il n'était plus en France, qu'il les a dénoncés à son tour avec acharnement et qu'il n'a pas tenu à lui qu'ils n'aient porté tous deux leur tête sur l'échafaud.

Oui, sans doute, si la fortune avait souri à Lacenaire avant son premier crime, il aurait pu se distinguer dans une autre voie et vivre en *honnête homme* selon le monde ; tant d'autres vivent bien et sans remords avec le masque d'emprunt ; mais ayant tué et le meurtre lui ayant fourni l'or qu'il attendait, il a tué encore parce qu'il avait bien compté avec lui-même, qu'il était *logique* et que, pourvu que le crime lui eût profité, *femme, vieillard, ancien ami, il aurait,* dit-il, *tout frappé quand il fallait en venir là;* il ajoute, il est vrai, *qu'il n'aurait jamais eu le courage de tuer un enfant, eut-il dû s'enrichir en le tuant.*

D'après les renseignemens qu'a bien voulu nous communiquer un savant qui, grâces à nos événemens politiques, a eu le triste avantage de vivre quelque temps avec lui à la Force, Lacenaire avait peu de penchant pour les femmes ; ses goûts se partageaient entre la boisson et ce penchant honteux et dégradant que fait naître ou entretient l'immoralité du régime de nos prisons. Il buvait douze bouteilles de vin par jour sans en éprouver aucune atteinte sérieuse : ce goût lui était venu depuis l'enfance. « Car chaque fois, disait-il aux auteurs de la publication dont nous avons parlé, que ma mère *m'humiliait* par une faveur accordée à mon frère seul, je dérobais du vin et je me grisais. »

A la Force, du reste, comme à la Conciergerie, après comme avant sa condamnation, l'insouciance et la fermeté de ce malheureux ne se sont pas un instant démenties ; ainsi à la Force, il vendait son pantalon pour avoir du vin, et disait en riant, qu'on serait obligé de lui en acheter un pour le mener à la guillotine ; à la Conciergerie, il buvait les vins, mangeait les pâtés qu'on lui envoyait de toute part et faisait des *Noëls* avec Avril. Que de fois après une conversation sur la guillotine, est-il allé se coucher calme et serein, en invitant l'interlocuteur qui nous a rapporté ces détails, à aller le voir un quart-d'heure après ; un quart-d'heure après il était profondément endormi.

Suivons maintenant cet homme à Bicêtre ; voyons-le au moment des derniers apprêts, à ce moment lugubre où se fait ce qu'on appelle *la toilette* du condamné ; on a prétendu qu'il avait fléchi, qu'il était pâle, découragé. Quant à la pâleur, lisez page 37 de l'ouvrage cité ce qu'il en dit lui-même : « Je quitte la vie sans regrets, parce que je la quitte plein de force et de santé. Rien n'est triste comme l'agonie d'un malade. Vous voyez, *je suis pâle, un peu jaune;* je parie que quelques imbéciles diront que j'ai tremblé en allant à l'échafaud. Hier, Avril me demanda une chanson pour la guillotine... il n'y a que les poltrons qui chantent, lui ai-je répondu ; sans ce proverbe, je chanterais moi-même mon chant de mort, et je vous réponds que ma voix ne fausserait pas. »

Pour le découragement, voici, d'après le témoin oculaire le moins suspect, celui qui a le plus d'habitude d'observer des hommes dans ces momens lugubres, la contenance de Lacenaire : il était indifférent à ce qui se passait, sans affectation, sans abattement, levant la tête de temps en temps de côté et d'autre (il paraît que c'était son habitude) ; arrivé au pied de l'échafaud, c'était le même homme, sans bravade et sans crainte. Avril s'est précipité vers la mort comme un homme courageux, mais brute ; Lacenaire est monté avec fermeté, mais sans précipitation, en homme du monde. Il levait encore la tête sous le couteau (1).

La veille, ils avaient passé la nuit dans des cabanons froids et humides réservés aux condamnés qui vont être exécutés ; il pleuvait, le temps était froid. Avril se plaignait ; Lacenaire ne fit qu'une réponse à sa plainte : oui, c'est vrai, *la terre sera froide demain.*

Qu'avons-nous voulu prouver en rapportant tous ces détails, en suivant Lacenaire dans sa vie, en cherchant à surprendre le secret de sa forte organisation ? Pensera-t-on que nous ayons voulu intéresser à son sort, que nous cherchions à dissimuler tout l'odieux de ses actes ; et dira-t-on qu'il valait mieux peindre ce misérable sous d'autres couleurs ? Nous répondrons que notre habitude n'est pas de mentir, et que nous jugeons ordinairement par nous-mêmes, et jamais *in verbis magistri;* que la morale n'avait qu'à gagner à notre ma-

(1) Ceci concorde avec l'observation que nous avons faite dans notre n° 15 sur la manière dont la section des chairs a été faite.

nière d'agir ; car non-seulement le crime est flétri, mais encore le supplice : deux buts obtenus au lieu d'un.

Nous le demandons, à quoi sert la guillotine pour des hommes de la trempe de Lacenaire? A quoi sert-elle pour les hommes bruts et courageux comme Avril? A rien, absolument à rien; car, comme le dit Lacenaire, *tout assassin est courageux*. Reste alors le hideux du supplice dans toute sa nudité; ces hommes que l'on retient pendant six mois sous le couteau, que l'on nourrit et engraisse s'il le faut, pour les égorger ensuite à cinq pieds du sol, avec autant de sang-froid et plus de cruauté qu'on ne met à égorger les animaux les plus immondes, car les animaux que l'on conduit à la mort, ignorent le sort qui les attend; on a soin d'en instruire les hommes...

Nous ne dirons qu'un mot d'Avril; subalterne et né pour l'être, il était entièrement dominé par son maître, ou comme il l'appelait, par *Monsieur Lacenaire;* c'était un de ces criminels vulgaires propres à servir d'instrumens, peu dangereux par eux-mêmes, et se laissant guider vers le bien ou le mal, selon la direction qu'on leur donne.

Nous examinerons dans la suite de cet article, jusqu'à quel point les observations nécrologiques faites sur les crânes de ces deux hommes peuvent servir à expliquer leur caractère.

HOTEL-DIEU.

Clinique de M. Roux.

Pied equin. Opération par la division du tendon d'Achille.

Un homme, âgé de 46 ans, couché au n° 40 de la salle Sainte-Marthe, était, depuis son enfance, affecté de cette espèce de pied-bot qu'on appelle pied-équin, c'est-à-dire, qu'il marchait sur la pointe du pied.

Cette infirmité n'était pas congénitale; elle s'était déclarée accidentellement à l'âge de six ans, par suite d'une morsure de chien au talon ce qui l'avait obligé à marcher sur la pointe du pied. Cet état, ou plutôt cette espèce de démarche, qui n'était d'abord qu'accidentelle et momentanée devint habituelle depuis, et constitua un véritable pied-équin. L'articulation tibio-tarsienne était intégre; le mollet de la jambe un peu moins développé que celui du côté opposé; le pied présentait la forme d'un ꝏ; ses dimensions étaient naturelles : le talon était relevé de plusieurs pouces du sol. Il était possible pourtant, à l'aide d'une certaine force exercée avec les mains, de remettre momentanément toutes ces parties dans leur niveau naturel.

Les succès remarquables obtenus dans les cas analogues à Hanovre, par M. Stromayer, et ceux de M. Duval à Paris, à l'aide de la division du tendon d'Achille, suivie d'une extension continue, ont déterminé le chirurgien à réproduire cette opération, en suivant exactement le procédé de l'opérateur hanovrien. Elle a été faite sous les yeux de M. Roux par le médecin même du malade, M. Bouvier. Son exécution est d'une facilité extrême. Un long bistouri pointu et étroit est enfoncé derrière le tendon d'Achille, à six travers de doigts au-dessus de la malléole externe et parallèlement au même tendon : la lame de l'instrument rase pour ainsi dire en passant la face postérieure de ce faisceau fibreux; mais sa pointe n'est pas poussée jusqu'à percer la peau du côté opposé. Un bistouri boutonné, aussi étroit que le précédent et à tranchant très-convexe, est ensuite immédiatement introduit dans le trajet qu'on vient d'ouvrir, de manière qu'il coupe par son passage toutes les fibres du tendon d'Achille. L'opération terminée; on a pu, chez ce malade, redonner au pied sa direction normale. On a réuni la petite plaie par première intention, et l'on a attendu la formation du tissu inodulaire entre les deux bouts du tendon divisé avant d'employer l'extension continue.

Dès le lendemain ou le surlendemain, en effet, la petite plaie cutanée étant cicatrisée, on a soumis le pied à l'action continue et graduée d'une machine très-simple, analogue à la pantoufle de J.-L. Petit, mais agissant en sens inverse de celle-ci, savoir, en portant constamment le pied vers la flexion sur la jambe. On conçoit, en effet, qu'à l'aide de ce mécanisme très-simple on abaisse le talon vers le sol en même temps qu'on relève les orteils vers leur niveau naturel.

La machine en question nous paraît aussi simple que celle décrite par M. Stromayer; elle est composée :

1° D'une pantoufle rembourrée et lacée dans laquelle le pied est engagé :

2° De deux attelles latérales articulées avec la pièce précédente et s'étendant des deux côtés de la jambe, où elles sont arrêtées avec des courroies bouclées;

3° Enfin d'une courroie cousue à la pointe du soulier et qu'on arrête au bouton d'un cercle métallique placé sur le front de la jambe et attenant aux deux attelles indiquées.

Cette courroie forme la pièce principale de l'appareil (c'est avec son aide en effet qu'on relève la pointe du pied et qu'on abaisse en conséquence le talon); elle est garnie de plusieurs trous dans sa longueur, dans le but de graduer à volonté le degré de flexion permanente du membre. Nous pensons cependant qu'on pourrait au besoin remplir l'indication dont il s'agit sans mécanique; un bandage artistement arrangé produirait le même effet.

Le malade en question étant d'une indocilité extrême, n'a gardé l'appareil qu'avec beaucoup de peine et fort irrégulièrement. Quoi qu'il en soit, aujourd'hui, quinzième jour de l'opération, le pied a repris une grande partie de ses fonctions normales, mais nous craignons cependant la récidive de l'infirmité, attendu l'inexactitude du malade dans l'usage de l'appareil extenseur des tissus tendineux. Nous basons cette proposition sur l'exemple d'un fait analogue de M. Stromayer.

Disons enfin que le malade de l'Hôtel-Dieu se trouvait dans le cas le plus simple, puisque le pied-bot n'était qu'accidentel. L'observation qu'il fournit cependant nous paraît assez intéressante pour engager les chirurgiens à imiter la pratique que nous venons de décrire.

Z.

COLLÉGE DE FRANCE.

Cours de physiologie expérimentale de M. Magendie.

(Dix-neuvième leçon, 19 février.)

M. Magendie montre les pièces anatomiques d'un lapin et d'un chien, sur lesquels il avait coupé les nerfs de la cinquième paire. Chez le lapin, la section avait été incomplète d'un côté; aussi cet animal ne se servait-il pas de son nez pour point d'appui dans la progression, comme cela a lieu ordinairement.

Chez le chien, la section était complète. A la suite de cette opération, il était survenu une paralysie de la mâchoire inférieure et de la langue; ce qui ferait croire que chez les carnassiers la section de la cinquième paire influe sur l'action des nerfs du mouvement.

Il y a une connexion très-grande, dit M. Magendie, entre les faits physiologiques que nous avons établis sur la cinquième paire et des faits pathologiques. On a vu la cécité survenir à la suite d'un coup violent ou d'une blessure sur le front, des douleurs très-vives des dents s'arrêter par l'application d'un topique sur la région temporale. Certaines inflammations de l'ouïe sont liées aux affections de la cinquième paire; les amauroses complètes ou incomplètes tiennent aux altérations de l'appareil optique ou de la cinquième paire.

Si, à la suite d'une contusion au front, survient la cécité, c'est qu'il y a compression du nerf frontal.

L'amaurose ne peut être considérée comme une simple affection du nerf optique; elle se trouve liée à la cinquième paire, aussi tous les moyens énergiques qu'on emploie contre cette affection sont-ils destinés à agir sur le nerf frontal. Il est très-difficile de connaître jusqu'à quel point la cinquième paire influe chez l'homme sur cette affection. Toujours est-il que souvent il a vu ces amauroses incomplètes s'amender sensiblement en très-peu de temps, lorsqu'il agissait directement sur la cinquième paire. M. Magendie emploie de préférence l'électro-puncture; il pique avec une aiguille les nerfs frontal et maxillaire, et il reconnaît que ces nerfs ont été piqués, par un picottement qui se fait sentir dans tout le trajet du nerf; il fait passer ensuite un courant galvanique dans l'intérieur des nerfs. Il a vu peu de jours après l'état amaurotique s'améliorer. Ce moyen thérapeutique, qui se trouve déduit de la physiologie, est employé sans inconvénient, et souvent avec succès.

M. Magendie a piqué une branche ophthalmique dans l'orbite qui répond à la glande lacrymale; aussitôt des larmes abondantes ont coulé comme si elles sortaient d'un robinet.

Pour les amauroses complètes, M. Magendie n'a obtenu d'autre résultat que de faire reconnaître constamment la lumière.

M. Magendie a coupé le milieu de l'entrecroisement des nerfs optiques chez un animal, et aussitôt est survenue la cécité complète. Cette section, très-bien faite et répétée souvent, a toujours eu le même résultat. Ce fait prouve que toutes les fibres des nerfs optiques s'entrecroisent, quoiqu'on ait soutenu le contraire.

M. Wollaston s'appuyait, pour soutenir cette opinion, sur le fait que certains individus ne voient les objets que d'un côté de la rétine, et cela pour les deux yeux; c'est que dans ce cas il y a paralysie des fibres entrecroisées, et vice versa.

La séparation amaurotique, connue depuis longtemps, n'a pas, dans l'état actuel de la science, d'application anatomique ni physiologique; peut-être plus tard parviendra-t-on à l'expliquer.

La vue ne saurait être complète et intacte sans l'influence de la cinquième paire; mais on ne peut juger jusqu'à quel point va cette influence.

M. Magendie rapporte un fait d'un individu aveugle depuis longtemps, à qui la vue était revenue plusieurs jours avant la mort: il voyait, disait-il, distinctement les personnes qui se promenaient sur le pont de l'Hôtel-Dieu. On trouva à sa mort une tumeur qui avait détruit entièrement les nerfs optiques.

M. Magendie, sans ajouter foi à ce fait, dit qu'il veut en tenir compte. Il préfère l'expliquer par une de ces hallucinations auxquelles les aveugles sont souvent sujets, comme il a pu s'en convaincre quand il était médecin à la Salpêtrière.

— Les argumentations pour la chaire de clinique externe finissent après-demain, mercredi. M. Sédillot demain, et M. Bérard jeune mercredi, soutiendront leur thèse. La nomination sera sans doute faite mercredi.

Nous pourrions bien peut-être la faire connaître dès-aujourd'hui; mais nous préférons être discrets, afin de ménager une surprise, et de laisser aux élèves le soin de juger par eux-mêmes de la moralité de l'école.

— Dans sa séance extraordinaire de samedi dernier, l'Académie a entendu un rapport de M. Gérardin sur la vaccine. L'adoption de ce rapport a été renvoyée à une prochaine séance; nous en rendrons compte alors.

— M. Magendie a montré vendredi dernier, à sa leçon, le squelette naturel d'une femme rachitique qui est morte dans ses salles, à l'Hôtel-Dieu. La colonne vertébrale est presque courbée sur le côté à angle droit dans sa région dorsale. Le thorax est très aplati à sa partie supérieure, de manière qu'en cet endroit le poumon, très-peu volumineux, était très-comprimé. Les côtes du côté gauche font ensemble une saillie en arrière et à la partie supérieure qui nous semble avoir 6 ou 7 pouces, ce qui est énorme. Dans quelques-unes des côtes, on remarque des fausses articulations qui sont arrivées à la suite de fractures nécessitées par la conformation vicieuse du thorax.

Cette femme est morte par suite de la gêne qu'éprouvait le cœur à se mouvoir, c'est-à-dire que la conformation du thorax a fait naître une pneumonie par difficulté de respiration. M. Magendie fait remarquer ici qu'on n'a pas manqué d'appeler cette maladie inflammation du poumon, quand on doit l'attribuer au dépôt de la partie aqueuse du sang dans le poumon. En effet,

nous avons vu que celui-ci était hépatisé, mais non pas comme à la suite d'une asphyxie.

M. Magendie a fait remarquer dans ce poumon trois couches d'hépatisation de diverse intensité, phénomène particulier au genre d'affections dont il est question.

N° 27. — 3 Mars.

HOPITAL DIT DE L'ÉCOLE.

Clinique de M. Cloquet.

Abcès au sein ; fistule consécutive ; traitement par les bougies dilatantes.

Au n° 26 de la seconde salle des femmes, est couchée depuis deux mois une malade, âgée d'une 30e d'années, entrée pour des abcès multiples qu'elle portait au sein droit. Cette affection date de l'époque indiquée et a été la suite de couches. La malade n'a pas allaité son nourrisson, chacun de ces abcès n'était pas plus gros qu'une noix, ainsi que cela a presque toujours lieu dans ces cas. On dirait en vérité que ce sont là de véritables dépôts laiteux ainsi que le vulgaire les appelle, mais nous ne voyons dans cette maladie que les résultats d'une mammite générale qui suppure par points séparés, ainsi que cela s'observe quelquefois dans d'autres régions du corps, comme à la suite de certains érysipèles de la face par exemple. On a donc ouvert ces abcès de la mamelle. L'un d'eux cependant, placé au devant de la poitrine, a présenté une sorte de trajet, de la longueur de trois pouces environ, en s'étendant obliquement de dehors en dedans, vers le bord supérieur de la base de la mamelle. C'est contre ce trajet purulent et fistuleux que le chirurgien a cru devoir diriger un traitement spécial, car la marche des autres abcès n'a rien présenté de particulier. Néanmoins la mamelle tout entière est encore enflammée, boursoufflée est douloureuse. Le trajet fistuleux dont il s'agit est traité par l'introduction d'un morceau de bougie en cire, de diamètre croissant et de longueur égale à celle de la fistule. Nous en attendons les résultats.

Que se propose-t-on par cette pratique? De dilater probablement le trajet fistuleux et d'en provoquer le bourgeonnement oblitératif. Mais est-il permis au dix-neuvième siècle de suivre cette vieille et absurde pratique, à l'égard de la maladie dont il s'agit? Ne voit-on pas que la présence de la bougie dans le corps de la mamelle est une grande source d'irritation, et qu'elle est la cause de la persistance du gonflement que la région en question présente? Ne voit-on pas enfin que cette médiation s'oppose directement à la guérison de la maladie? Nous savons bien que dans les cas analogues, M. le professeur Roux suit une pratique différente de celle de M. Cloquet, c'est-à-dire qu'il vous fend largement et sans façon avec le bistouri tout le trajet, s'étendît-il dans toute l'épaisseur de la mamelle. Mais nous ne blâmons pas moins cette dernière conduite.

Il est prouvé aujourd'hui, par une foule de faits de cette espèce qui se sont passés à la clinique de Dupuytren et ailleurs, que ces sortes de trajets fistuleux guérissent parfaitement par la compression artistement appliquée sur la mamelle, de manière à tenir l'organe mammaire toujours relevé et à aplatir légèrement le sinus fistuleux. Cet appareil n'exige que quelques compresses graduées, des compresses longuettes et une longue bande disposées à peu près comme dans le premier pansement de l'ablation de la mamelle. La compression a une double action dans ce cas : 1° elle agit comme antiphlogistique par l'expulsion du sang qu'elle produit et par l'opposition qu'elle met à l'abord des humeurs ou aux congestions nouvelles ; 2° elle aplatit le trajet fistuleux, en empêche la sécrétion et le croupissement du pus, en favorise enfin le travail granulatif. L'expérience est parfaitement d'accord avec cette doctrine.

Abcès chronique dans la fosse iliaque interne ; traitement par les moxas selon la méthode de M. Larrey.

Une femme, âgée d'une quarantaine d'années, couchée au n° 4 de la première salle, présentait depuis 2 mois une fluctuation presque indolente dans la fosse iliaque droite, à la suite de sa huitième couche. Cette femme est si maigre, la peau de son ventre est tellement flasque, ratatinée et analogue presqu'à un foulard chiffonné, qu'on peut facilement sentir au toucher la situation et les contours de tous ses organes abdominaux ; aussi le diagnostic de la collection purulente dont il s'agit n'a présenté aucune difficulté. La fluctuation était clairement sentie dans une étendue de la paume de la main. Comme la peau n'était point rouge et qu'il n'y avait pas menace de rupture spontanée, on a cru devoir tenter la guérison par résorption. C'est ce qu'on a fait à l'aide de quelques moxas que l'on a appliqués sur la peau même de la tumeur. Nous voyons aujourd'hui avec satisfaction que ce but a été obtenu, car la grosseur et la fluctuation se sont graduellement dissipées, et la malade entre en convalescence.

Quelle était la source de cette collection purulente? Était-ce le résultat d'une psoïtis locale, d'une phlogose du ligament large de la matrice, d'une angioleucite, ou bien d'un phlegmon chronique du tissu cellulaire de la fosse iliaque? Toutes ces suppositions peuvent à la rigueur être ici soutenues ; mais dans tous les cas, nous ne croyons pas que la maladie dont il s'agit dépende d'une lésion organique des os du bassin ou de la colonne vertébrale.

N° 28. — 5 Mars.

Coup-d'œil sur les argumentations dans le concours pour la Chaire de clinique externe.

Sans contredit, les argumentations sont l'épreuve dont il est le plus difficile de rendre compte d'une manière satisfaisante ; il faut avoir assisté à ces luttes vives et corps à corps, pour apprécier le degré de savoir, d'habileté, de timidité ou de hardiesse, d'assurance, d'effronterie même que peuvent y apporter certains concurrens, et s'en faire une juste idée ; les notes les

plus étendues sont sous nos yeux ; nous pourrions, comme nous l'avons déjà fait quelquefois, reproduire presque mot à mot des discussions qui ont duré huit jours ; mais ce serait à la fois trop d'espace et de temps perdus. Nous ne nous résoudrions à le faire, que s'il fallait apporter les preuves de la justesse de notre jugement, et convaincre de partialité la majorité d'un jury ; jusque-là nous nous contenterons, pour ne pas fatiguer l'attention de nos lecteurs, de leur présenter en quelques mots les résultats de cette épreuve, et d'indiquer aussi brièvement par quelles qualités ou quels défauts les concurrens se sont fait remarquer ; nous ferons connaître avant le prononcé du jugement, notre opinion sur les thèses ; ce sera ensuite au public qu'appartiendra le soin d'approuver et de désaprouver la nomination.

M. Jobert a ouvert la carrière, il a d'abord soutenu sa thèse (les collections de sang et de pus dans l'abdomen) comme un homme peu habitué aux argumentations ; son élocution était difficile, embarrassée en commençant ; bientôt il a pris plus d'assurance et s'est bien défendu.

M. Blandin avait été favorisé par le sort ; l'*autoplastie* lui est familière, il a fait des travaux sur ce sujet, et il ne devait pas être facile de l'attaquer avec avantage ; aussi sa défense a-t-elle été bonne et serrée.

Les ripostes de M. Guerbois ont été sensées et logiques ; ce concurrent a fait preuve de connaissances pratiques et de jugement ; il a soutenu avec plus d'avantages que l'année dernière sa thèse *sur les affections qui compliquent les plaies, surtout après les opérations.*

Malgré les attaques passionnées dont il a été l'objet, M. Sanson, qui avait une question très-vaste : *des hémorrhagies traumatiques,* est resté calme et impassible ; il a retorqué les argumens avec une logique sévère, et en homme qui possède des connaissances médico-chirurgicales profondes ; le public l'a dédommagé de ce que sa position a eu de pénible en certains momens par la vivacité des attaques, et des applaudissemens unanimes et prolongés se sont fait entendre jusque dans les couloirs.

M. Lepelletier n'a rien perdu de sa rare facilité d'élocution ; ses réponses étaient souvent assaisonnées de saillies de très-bon goût ; nul ne sait mieux éviter les coups que ses adversaires veulent lui porter, et qu'il rétorquait par fois avec supériorité ; le sujet de sa thèse était : *des différentes espèces d'érysipèle et de leur traitement.*

M. Laugier n'a rien perdu non plus de son calme. Il a éprouvé quelquefois de la difficulté pour énoncer ses idées, restant en général, comme on peut le voir dans sa thèse, dans un doute très-philosophique relativement à plusieurs idées et préceptes admis par les chirurgiens, *sur les rétrécissemens de l'urètre* et leur traitement, sujet de sa thèse. Il n'a pas d'ailleurs montré d'infériorité dans ses argumentations.

Comme M. Blandin, M. Sédillot a été favorisé dans la question que le sort lui a dévolue et qu'il a bien embrassée : *Des avantages et des inconvéniens respectifs des amputations dans la continuité et la contiguité des membres.* Les compétiteurs lui ont reproché d'avoir émis souvent des opinions qui ne reposent pas sur des faits ; il a répondu que ces faits manquaient dans la science ; la réplique a été qu'il aurait pu les trouver s'il les avait cherchés ; M. Sédillot qui du reste a fait preuve de connaissances et a argumenté avec facilité, nous a paru dominé quelquefois par des idées chirurgicales un peu vieillies.

Le sujet que le sort avait donné à M. Bérard était difficile : *le diagnostic des maladies chirurgicales, ses sources, ses incertitudes et ses erreurs !* Ce sont là de ces questions que l'on ne trouve pas toute faites, et pour les bien traiter, il faut posséder à un haut degré et l'habitude pratique et le jugement. Les murmures du public ont dû avertir plusieurs fois ce concurrent du peu d'avantage que l'on trouve à ne pas dissimuler ses prétentions scientifiques et l'excès de son assurance dogmatique. On lui a reproché beaucoup d'omissions ; il a répondu par cette excuse banale de la longueur du sujet et du défaut de temps. On l'a attaqué sur plusieurs erreurs ; ses réponses ont été d'un langage facile, mais on voit qu'il a lu plus qu'il n'a observé, ce qu'il avoue lui-même du reste, en disant souvent qu'il n'a pas vu les choses en question dans les ouvrages.

Telle est la défense : quant à l'attaque, elle a été vive, solide, mais passionnée, et aigre quelquefois chez MM. Blandin, Jobert et Lepelletier, et surtout chez M. Bérard. MM. Laugier et Sédillot ont argumenté avec calme ; le premier sur des définitions et l'arrangement de la thèse, le second spécialement sur des points pratiques.

M. Guerbois s'est peu animé, et a toujours observé les règles d'une exquise politesse ; il a du reste attaqué avec succès quelques points pratiques.

M. Sanson enfin n'a pas démenti un seul instant son sang froid chirurgical ; son élocution a été facile, vive par fois ; ses attaques, pleines de convenance et de solidité, ont toujours roulé sur des points essentiellement cliniques, et prouvé qu'il avait su tirer des conséquences générales des faits particuliers.

HOTEL-DIEU.

M. Chomel, professeur.

Fièvre typhoïde sous forme muqueuse ; emploi des émissions sanguines et des boissons gommeuses ; guérison.

Une domestique, âgée de 20 ans, d'une assez forte constitution, entra à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Lazare, n° 1, le 17 février. Elle habitait Paris depuis trois mois, et ressentait depuis quatre à cinq jours de la céphalalgie, de la courbature et du malaise fébrile. Deux ou trois épistaxis avaient eu lieu sans diminution de la douleur de tête. Lorsqu'elle fut explorée pour la première fois, elle présentait les symptômes suivans : décubitus sur le

dos, face médiocrement colorée, ne portant nullement l'empreinte de la stupeur ; les réponses étaient justes, la céphalalgie peu intense, mais depuis plusieurs jours il n'y avait pas de sommeil, ou bien si la malade s'assoupissait un instant, elle était aussitôt tourmentée par des rêves pénibles. La langue, légèrement poisseuse, ne présentait aucun enduit, la soif était médiocre, l'appétit nul, il y avait une diarrhée légère, trois à quatre selles dans les vingt-quatre heures. Le ventre n'offrait pas de météorisme, il était un peu sensible à la pression dans la région iléo-cœcale ; le son était mat dans la région de la rate. Le pouls donnait quatre-vingt-seize pulsations, la chaleur de la peau était médiocrement élevée ; l'auscultation faisait entendre du râle sibilant dans les deux côtés de la poitrine.

Si, il y a quinze ans, on avait observé un tel ensemble de symptômes, on aurait eu beaucoup de peine à le rattacher à une lésion d'organes. D'après la classification pyrétologique de Pinel, on aurait dû ranger cette maladie dans les fièvres muqueuses, à raison de la diarrhée, de la toux, du râle sibilant de la poitrine, de la fièvre et de l'inappétence. L'absence d'enduit jaunâtre de la langue, de chaleur âcre de la peau, excluaient l'idée d'une fièvre bilieuse. Quant aux épistaxis du début, qui auraient pu faire soupçonner une fièvre inflammatoire, ils n'étaient pas accompagnés du cortége de symptômes qui caractérisent cette fièvre.

Dans l'état actuel de la science, cette fièvre, quoiqu'elle se présente sous la forme muqueuse, et qu'elle diffère notablement par ses symptômes des formes adynamique et ataxique, doit être rattachée, ainsi que ces dernières, à la lésion des plaques de Peyer. C'est ce qui a été mis hors de doute par les recherches d'anatomie pathologique auxquelles on s'est livré dans ces derniers temps.

Les circonstances qui sont de nature à confirmer le diagnostic, sont l'âge de la malade, le nouveau séjour à Paris, cette altération de la contractilité musculaire qui a marqué le début de la maladie ; la céphalalgie, l'épistaxis, le sommeil entrecoupé par des rêvasseries ; enfin la diarrhée, l'engorgement de la rate, le râle sibilant de la poitrine. Lorsque ces symptômes se montrent simultanément chez le même sujet, il n'est guère permis de conserver des doutes sur une lésion des plaques de Peyer.

Lorsque l'affection typhoïde se présente sous cette forme, tout fait espérer une heureuse solution. Toutefois, le médecin doit être circonspect dans son pronostic. On a vu quelques malades chez lesquels la maladie se présentait avec cette apparence de bénignité, succomber à une perforation intestinale, résultat de la destruction d'une plaque.

Tout récemment encore, nous avons vu un malade couché au n° 36 de la salle Sainte-Madeleine, chez lequel on observait le même ensemble de symptômes que chez cette jeune fille, être pris tout à coup de symptômes ataxiques et succomber rapidement.

Heureusement ces prévisions ne se sont pas réalisées chez la malade qui nous occupe. On l'a mise à l'usage des boissons gommeuses, on a pratiqué, au moment de son admission, une saignée de trois palettes ; deux applications de sangsues ont été faites à quelques jours d'intervalle, l'une à l'anus et l'autre sur la région iléo-cœcale. Sous l'influence de cette médication, la maladie a rapidement marché vers la guérison.

Le quatorzième jour la fièvre avait cessé, ainsi que la diarrhée ; la malade commençait à prendre des alimens. Elle est aujourd'hui en pleine convalescence. Nous devons ajouter que l'éruption typhoïde, qui n'existait pas au moment de son admission, s'est montrée le septième jour, et a confirmé le diagnostic qui avait été porté avant leur apparition.

Fièvre intermittente symptômatique d'une phlegmasie intestinale ; saignées locales, boissons délayantes ; guérison.

Une chiffonnière âgée de quarante-trois ans, admise vers le milieu de février dans la salle Saint-Lazare, éprouvait depuis quelques jours des accès de fièvre intermittente qui revenaient sous le type tierce ; il y avait en même temps chez cette femme de la diarrhée et quelques douleurs passagères du ventre.

Avant de recourir aux préparations de quinquina, on a dû se demander si cette fièvre était essentielle, ou bien si elle était symptômatique : cette distinction est de la plus haute importance dans la pratique ; car dans le premier cas, le sulfate de quinine triomphe rapidement des accès ; dans le second, au contraire, il est tout à fait impuissant et quelquefois dangereux.

La marche de la maladie nous a convaincu que dans ce cas la fièvre était symptômatique d'une phlegmasie intestinale, et qu'elle était fomentée par des écarts de régime auxquels se livrait cette malade. Lorsque l'accès de fièvre revenait, l'appétit se perdait, la diarrhée était plus abondante ; la malade éprouvait le besoin de se remettre à la diète ; de là probablement la cause de l'apyrexie du lendemain ; mais le jour d'après, la fièvre s'étant calmée, la malade reprenait l'usage des alimens, et la fièvre reparaissait.

Il s'est présenté depuis deux ans à la clinique, quelques malades atteints de phlegmasies intestinales qui, au moyen de semblables écarts de régime, se donnaient une fièvre intermittente artificielle. Le repos du lit, la diète, et l'usage de quelques boissons délayantes, suffisent pour les débarrasser complétement.

Pour donner une idée de la fréquence des fièvres intermittentes symptômatiques, M. Chomel rappelle qu'à une époque où il se livrait à des expériences sur les effets des feuilles de houx comme anti-périodique, on lui adressa, du bureau central, dans l'espace de quelques jours, vingt-trois malades atteints de fièvre. Ce dernier médicament ne put être administré qu'à cinq malades, chez lesquels existait une fièvre intermittente franche. Chez sept ou huit la maladie cessa spontanément par l'effet du changement de lieu. Chez les autres, la fièvre était symptômatique, et fut combattue par une médica-

tion appropriée à la lésion d'organe qui en était le point de départ.

Dans le cas actuel, le repos, la diète et une application de sangsues à l'anus ont triomphé à la fois de la diarrhée et de la fièvre.

COLLÉGE DE FRANCE.

Cours de physiologie expérimentale de M. Magendie.

(Vingtième leçon, 23 février.)

M. Magendie montre le cadavre d'un jeune chien sur lequel il avait cherché à détruire, il y a quelque temps, les bulbes des nerfs olfactifs, et chez lequel cependant l'olfaction avait persisté, ainsi qu'on put s'en convaincre en présentant à cet animal des alimens enveloppés de linge. Un jour avant la mort de ce chien, on lui vida les deux yeux.

La mort a été occasionnée par ce qu'on appelle la maladie des chiens, qui, selon le professeur, est une gastro-pulmonie. L'ouverture de la poitrine et de l'abdomen démontra en effet l'existence de ces deux affections.

Passant à l'examen du crâne et du cerveau, il vérifie que la séparation des bulbes des nerfs olfactifs de leur réunion au cerveau, n'avait pas été opérée complétement et qu'il reste encore à la partie externe du bulbe droit une portion de la paroi externe.

Du côté gauche, il y a encore quelques filamens de communication dont la destruction a été presque complète. Le reste de communication qui a échappé à l'instrument a-t-il suffi pour entretenir la fonction de l'odorat? Il est permis d'en douter. C'est une expérience à recommencer.

A ce propos, M. Magendie revient sur les difficultés de bien faire les expériences, et qui, dans beaucoup de cas, sont telles que ceux qui s'y livrent en sont rébutés.

Il montre un pigeon sur lequel les yeux ont été crevés il y a quinze jours, et rappelle ce qu'il a dit de l'atrophie qui survient dans les nerfs optiques à la suite de cette opération. Avant de sacrifier cet animal, il lui enlève les lobes cérébraux, opération qui, dit-il, est suivie de la perte de la vue, et n'empêche cependant pas les oiseaux de vivre encore des semaines et des mois, marcher, se nourrir et exécuter les fonctions les plus essentielles à la vie. Dans une des prochaines séances, il montrera la disposition de l'appareil optique de cet oiseau.

De l'ouïe. — Le professeur indique les dispositions générales de l'appareil organique qui est le siége de cette fonction.

Il indique les analogies que plusieurs anatomistes ont voulu trouver entre l'œil et l'oreille, et critique beaucoup les efforts faits par quelques anatomistes pour établir ces analogies qui, dans beaucoup de cas, ne sont que des rapprochemens forcés que tout observateur sévère ne peut admettre.

Il n'existe pas d'anastomose bien démontrée entre le nerf de la septième paire ou le facial et le nerf auditif proprement dit.

Quant au nerf vidien, les recherches de M. Ribes prouvent qu'il n'a pas non plus d'autres rapports que ceux de simple accollement. Jacobson a démontré les communications de la cinquième paire avec le nerf auditif. Les expériences ont prouvé que les nerfs optiques étaient bien les nerfs de la vision; tandis que les nerfs olfactifs ne paraissent pas avoir une action aussi évidente pour l'odorat. La même chose existe pour les nerfs acoustiques. La liaison qui existe entre ces nerfs et le nerf de la cinquième paire indique quelle peut être l'influence de ce nerf sur ceux de l'ouïe. Sur les herbivores, les rongeurs, par exemple, la section complète de la cinquième paire abolit le sens de l'ouïe.

Cet effet n'est pas aussi prononcé sur les chiens. On doit noter que dans les sections de la cinquième paire, le nerf n'est coupé que dans un point plus éloigné que celui par lequel il communique au moyen de filets très-déliés, il est vrai, avec l'appareil auditif et le nerf de la septième paire, tandis que pour les autres appareils, optique ou olfactif, la section est opérée avant qu'aucun filet de la cinquième paire aille se distribuer aux orbites ou dans les fosses nasales.

Les irritations portées directement sur les nerfs olfactifs, optiques et auditifs ne déterminent pas la moindre sensation pénible. M. Magendie fait sur un jeune lapin une perforation du crâne, et pénètre dans le conduit auditif, où il détruit le nerf sans que l'animal, affaissé, il est vrai, par l'expérience, donne aucune marque de sensibilité.

N° 29. — 8 MARS.

Coup-d'œil sur les thèses du concours pour une chaire de clinique externe à l'École.

— *M. Sanson.* Le plus vaste et à la fois le plus intéressant des sujets qui ont été donnés pour thèse dans le concours actuel, est sans contredit celui des *hémorrhagies traumatiques*, qui est échu à M. Sanson. Aussi, sa dissertation est-elle la plus longue de toutes. C'est un beau volume in-4° de 348 pages, orné d'une planche.

Considéré dans son ensemble, le travail de M. Sanson paraît divisé en deux parties; dans la première il traite des hémorrhagies en général, et discute en même temps toutes les questions théoriques et pratiques qui se rattachent à son sujet. Dans la seconde, il expose par ordre anatomique une cinquantaine de faits très-intéressans qui viennent à l'appui des principes qu'il a établis dans la partie précédente. C'est donc sur la première partie plutôt que sur la seconde de l'ouvrage de M. Sanson, que notre examen doit porter.

Après un court préliminaire sur la définition, les espèces de l'étymologie de l'énoncé de sa thèse, l'auteur entre en matière par l'examen des effets généraux des hémorrhagies traumatiques.

Un tableau de six pages tracé avec une vérité frap-

pante. expose de la manière la plus complète la symptômatologie générale des pertes sanguines. Plusieurs questions importantes de pratique sont, dans ce paragraphe, discutées avec cette profondeur clinique et ce jugement droit qui sont propres à l'auteur,

Parmi ces questions, celle sur l'influence variable de la quantité du sang perdu en une ou plusieurs fois dans les différentes constitutions, et celle sur les causes de la pâleur remarquable qui reste pendant longtemps après les grandes hémorrhagies, ont surtout fixé notre attention. Nous pensons comme M. Sanson à l'égard de la première question ; savoir, qu'une petite perte sanguine suffit, sur quelques individus, pour produire la mort, moins à cause de la diminution de la masse du sang que par d'autres motifs inexplicables, tandis que chez d'autres, malgré des pertes énormes de ce liquide, la vie, et même aussi la santé générale quelquefois, ne sont pas sérieusement compromises. L'on sait en effet qu'un malade opéré et guéri par Guattani d'un anévrisme inguinal, a pu perdre impunément jusqu'à douze livres de sang artériel pendant l'opération. Nous adoptons aussi l'opinion de l'auteur lorsqu'il dit « que les enfans la supportent (l'hémorrhagie), moins bien que les adultes. » Nous avons eu effectivement la douleur de voir à l'hôpital de la Charité un enfant bien portant expirer en quelques instans d'hémorrhagie durant l'ablation d'une tumeur érectile de la joue. Mais nous ne croyons pas, quant à la pâleur prolongée qui suit les grandes hémorrhagies, que ce soit M. Denis qui en ait reconnu le premier la véritable cause. C'est au contraire à J. Hunter que revient l'honneur de la priorité d'une pareille observation.

Dans son admirable traité sur le sang, ce célèbre physiologiste anglais a démontré que la pâleur en question dépend de la lenteur extrême avec laquelle l'organisme reproduit l'hématosine ou la partie colorante du nouveau sang. Nous aurions désiré du reste, dans ce paragraphe si remarquable de généralités, une étude plus approfondie sur les propriétés physiques et physiologiques du sang vivant, ce qui rentrait parfaitement dans le sujet des hémorrhagies traumatiques.

Vient maintenant un long chapitre de vingt-six pages sur les effets locaux et les caractères anatomiques des hémorrhagies traumatiques. Ici l'auteur se montre et grand observateur, et profond clicinien, et habile écrivain à la fois. Il faut véritablement l'avoir lu et médité pour s'en former une idée exacte. Ce chapitre nous satisfait d'autant plus, qu'avec une indépendance digne d'un homme grave et consciencieux, l'auteur rejette une opinion erronée d'un des juges du concours.

Nous pensons en effet que c'est une grande erreur que de prétendre, avec M. Velpeau, que les membranes interne et moyenne des artères soient entièrement inorganiques. M. Sanson expose avec exactitude et clarté les différentes doctrines émises depuis J.-L. Petit jusqu'à nos jours concernant l'hémostasie naturelle après les blessures des artères et des veines; il adopte les opinions de Jones et Travers à cet égard, qu'il consolide de ses propres observations et expériences. L'auteur cependant a passé sous silence les expériences de Maunoir sur les différens degrés de rétractibilité des grosses artères coupées en travers. Ce sujet pourtant rentrait parfaitement dans celui de M. Sanson. Ayant démontré expérimentalement que la rétraction de tissu de chaque artère divisée est égale à la rétraction vitale (ce qui, pour la fémorale, par exemple, donne une rétraction de douze à quinze lignes), M. Maunoir en fait une application utile dans la thérapeutique des hémorrhagies.

Nous ne croyons pas que la doctrine de la dilatation des branches collatérales après la ligature d'une grosse artère soit exacte. Il y a des observations, celle de M. A. Cooper entre autres, qui prouvent le contraire. Il paraîtrait que dans ces cas, les collatérales ne sont dilatées que pour peu de temps après l'opération. A la longue, il n'y a qu'une ou deux artères secondaires qui s'hypertrophient réellement et remplacent le tronc oblitéré ; les autres se rappetissent par une sorte de travail rétrogarde et reprennent leurs dimensions primitives.

M. Sanson étudie aussi dans ce chapitre, les hémorrhagies traumatiques artérioso-veineuses, il en signale avec beaucoup de précision les conséquences, savoir, la varice anévrismale soit simple, soit compliquée d'anévrisme inter-vasculaire, etc. L'auteur adopte le nom d'anévrisme variqueux pour désigner cette dernière variété de varice anévrismale. Bien que nous sachions que ce langage avait déjà été adopté par Hodgson, nous pensons qu'il est fort équivoque; car le nom d'anévrisme variqueux peut également se rapporter aux anévrismes externes ordinaires qui sont presque toujours accompagnés de varices dans le même membre, ce qui produirait une sorte de confusion dans le langage.

Nous arrivons par autant de chapitres distincts : 1° aux épanchemens de sang ; 2° à l'étiologie des hémorrhagies traumatiques ; 3° à leurs symptômes ; 4° à leur pronostic.

On sent bien déjà que dans une courte analyse, il nous est impossible de suivre l'auteur dans les nombreuses et intéressantes discussions auxquelles il se livre dans chacun de ces chapitres. Nous relèverons seulement une proposition de la page 73 que l'auteur rapporte au nom de M. Velpeau, savoir, que « les corps étrangers dans les articulations, les kystes du poignet contenant des concrétions, certaines tumeurs fibreuses pourraient bien, suivant ce professeur, être rangées dans cette catégorie (savoir être formées par du sang extravasé). » Nous sommes bien aise que M. Sanson laisse tout entière à son auteur la responsabilité d'une pareille hérésie chirurgicale !

Le traitement enfin des hémorrhagies traumatiques tant primitives que secondaires n'occupe rien moins qu'un chapitre de 23 pages. La compression, les réfrigérans, les absorbans, les styptiques, les caustiques, la ligature et la torsion, tels sont les moyens thérapeutiques que l'auteur étudie tour à tour dans toutes leurs variétés, dans le but de guérir les hémorrhagies en question.

Ce chapitre est certainement ce qu'il y a de plus remarquable dans l'état actuel de la science, concernant

la matière dont il s'agit. Nous ne pouvons pas cependant nous empêcher de faire quelques observations.

1° La compression de l'aorte abdominale est une précieuse ressource dans certaines hémorrhagies des membres inférieurs; en citant cependant John Bell et sir A. Cooper comme auteurs de cette médication, nous aurions désiré qu'il ne supprimât pas la source de plusieurs idées qu'il a puisées dans un article que je viens de publier sur le même sujet. (*Voir* le Bulletin de Thérapeutique.)

2° Les réfrigérans tels que l'eau froide, par exemple, ne peuvent pas être employés, suivant nous, comme remèdes coagulateurs, car ils ne jouissent nullement de cette faculté.

3° Nous croyons que c'est à tort qu'on attribue à M. Maunoir le mérite d'avoir réproduit la méthode d'Aétius pour la ligature des artères; savoir, de couper le vaisseau entre deux ligatures. Plus de dix ans auparavant, Abernethy de Londres, avait mis en usage et publié cette manière d'opérer dans son excellent ouvrage sur les anévrismes.

4° Enfin nous avons cherché en vain dans ce chapitre, l'indication de l'amputation comme remède de certaines hémorrhagies traumatiques.

En résumé, et à part les petites omissions que nous venons de signaler, nous considérons le travail de M. Sanson, non comme une thèse ordinaire de concours mais bien comme un ouvrage classique sur la matière, digne de prendre place parmi les productions chirurgicales les plus remarquables de l'époque.

M. *Jobert.* — C'est sur les collections de sang et de pus dans l'abdomen que M. Jobert a eu à disserter. Comme on le conçoit déjà, ce sujet n'était pas très-facile à traiter; l'auteur cependant s'en est tiré avec beaucoup de talent et de savoir; cette thèse, néanmoins, ne dépasse pas le nombre de 46 pages. M. Jobert ne s'est pas borné seulement dans ce travail, à l'étude des collections intra-péritonéales; il s'est plutôt efforcé de réunir avec ordre et méthode tous les faits qu'il a pu se procurer sur la matière qu'à établir une doctrine quelconque sur les épanchemens, ce que nous ne blâmons nullement, car sous le point de vue pratique, ce travail nous paraît fort intéressant.

Nous ferons néanmoins les remarques suivantes:

1° Dans le cas d'Astley Cooper, cité par M. Jobert, page 13, de blessure de l'artère épigastrique, il n'y a pas eu d'épanchement et le malade ne mourut point, ainsi que l'avance M. Jobert. La ligature en a été faite sur-le-champ, et le malade a guéri. (*V* Cooper's, On abdominal hernia.)

2° Nous ne pensons point que le sang épanché dans la cavité péritonéale se coagule facilement comme quand il est tiré d'une veine dans un bassin. (*V*. J. Hunter, On the blood).

3° Nous ne croyons pas non plus que la présence de l'air athmosphérique sur le sang épanché accélère sa coagulation pas plus que l'action du froid, car il est prouvé, par des expériences directes, que le sang exposé dans le vide ou tiré pour mieux dire du membre d'un animal qu'on renferme dans le vide, ne se coagule pas plutôt que celui de la même veine qu'on laisse exposé à l'air libre; et le même sang, soumis à une température de 50° de froid au-dessous de zéro, ne se coagule pas plutôt, non plus que celui qu'on laisse à la température atmosphérique. Du reste, le travail de M. Jobert décèle dans son auteur un homme de jugement et habitué à la pratique chirurgicale.

— *M. Blandin.* La thèse de M. Blandin a roulé sur un sujet qui était déjà très-familier à l'auteur, l'autoplastie; aussi peut-on dire d'avance que sa dissertation doit être ce qu'il y a de mieux sur cette matière. Le travail de M. Blandin forme une forte brochure de 267 pages in-4°; il est divisé en sept sections, dont chacune est composée de plusieurs paragraphes ou chapitres.

Dans son introduction, l'auteur commence par expliquer l'étymologie et la valeur du mot autoplastie. Dérivé des deux racines grecques, *autos*, soi-même et *plassin*, créer, la dénomination en question répond à celle-ci: formation d'une partie aux dépens d'une autre chez un même individu. En conséquence, M. Blandin définit l'autoplastique: « l'art de réparer une perte de substance au moyen d'un emprunt fait à une autre partie du même individu; et il ajoute que l'autoplastie elle-même n'est que cet art mis à exécution. » C'est, en d'autres termes, une véritable greffe animale, ainsi que Tagliacozzi l'avait très-bien exprimé (Chirurgia curtorum per insititionem), qu'on peut pratiquer dans presque toutes les régions du corps. De là une foule de dénominations différentes, telle que blépharoplastie, staphyloplastie, rhinoplastie, bronchoplastie, urétroplastie, etc., suivant le nom de la partie sur laquelle on l'applique. On voit bien déjà par l'énoncé qui précède que, rigoureusement circonscrit, le sujet en question est véritablement d'une étendue effrayante, pour nous servir de l'expression même de M. Blandin.

L'historique de l'autoplastie occupe treize pages dans la dissertation de M. Blandin. Elle est divisée en huit périodes, en commençant depuis les temps antè-hippocratiques jusqu'à nos jours. Cette première partie renferme des recherches fort importantes, et donne sur l'autoplastie une idée générale fort intéressante. Nous regrettons seulement que l'auteur ait omis de citer la source authentique d'une foule de propositions qu'il avance; cela aurait sans doute rendu son travail plus utile à ceux qui voudraient se livrer au même genre de recherches.

La seconde partie a pour titre: Sphère d'application de l'autoplastie. Nous pensons comme M. Blandin, que cette opération est encore beaucoup trop voisine de l'état d'imperfection dans lequel nous l'avons reçue de nos devanciers, et que l'avenir est presque tout pour elle. Ses applications deviennent, en effet, de jour en jour plus étendues et plus importantes.

Dans la troisième partie, l'auteur aborde les différentes espèces d'autoplastie; il en compte jusqu'à treize qui ont été mises à exécution jusqu'à ce jour; savoir, la rhinoplastie, la blépharoplastie, l'otoplastie (oreille),

la cheiloplastie (lèvre), la génioplastie (joue), la staphyloplastie (voile palatin), l'uranoplastie (voûte palatine), la bronchoplastie (gorge, larynx), l'orchéoplastie (scrotum), l'urétroplastie (urètre), la cystoplastie (vessie), l'entéroplastie (intestin), et cette autre espèce d'autoplastie qui a pour but la cure radicale des hernies. Plusieurs faits importans tirés soit de la propre pratique de l'auteur, soit de celles d'autres chirurgiens, sont rapportés à l'appui des points principaux traités dans cet intéressant chapitre.

Viennent, dans la quatrième partie, les moyens opératoires de l'autoplastie. L'auteur établit d'abord les principes généraux qui doivent guider le chirurgien autoplaste dans cette opération ; puis après il décrit avec beaucoup de détails les divers procédés qu'on a mis ou qu'on peut mettre en usage dans les différentes régions du corps. Ce chapitre est des plus longs et des plus importans de l'ouvrage : il n'occupe rien moins que 44 pages, et renferme tout ce qu'on sait jusqu'à présent sur ce point de chirurgie réparatrice. M. Blandin a exposé cette partie avec tant de méthode, de précision et de vues pratiques, que ce travail fait vraiment honneur et à son jugement, et à son savoir chirurgical.

— *M. Lepelletier.* On connaît l'abondance et la variété des idées médico-chirurgicales de M. Lepelletier. Le sujet que le sort lui a désigné pour thèse dans ce concours (des différentes espèces de l'érysipèle et de leur traitement) se prêtait parfaitement au caractère particulier du talent médical de M. Lepelletier ; aussi sa dissertation dépasse-t-elle le nombre de 300 pages, et peut-elle être considérée comme la meilleure et la plus complète monographie que nous possédons sur cette matière.

L'ouvrage de M. Lepelletier est divisé en deux parties. Dans la première, il expose la pathologie et la thérapeutique générales de l'érysipèle ; dans la seconde, il traite des différentes espèces de la même maladie, qu'il poursuit dans toutes leurs variétés et conséquences. Il règne dans ce travail une telle abondance de détails et d'érudition, qu'il nous est impossible d'en donner une idée complète par une rapide analyse. Nous nous contenterons de faire remarquer que M. Lepelletier admet quatorze espèces d'érysipèle, qu'il traite en praticien savant et expérimenté.

— *M. Guerbois.* Des complications des plais après les opérations ; tel est l'énoncé de la question que M. Guerbois a eu à traiter. Ce sujet est écrit en 92 pages. L'auteur divise de la manière suivante les affections qui compliquent les plaies : 1° Selon la région qu'elles occupent ; 2° selon la manière d'agir des causes vulnérantes ; 3° selon l'espèce d'opération pratiquée ; 4° enfin selon la constitution du malade. En développant chacune des catégories d'idées qui se rapportent aux plaies établies dans cette division, M. Guerbois étudie avec beaucoup de justesse la commotion, la contusion et les épanchemens sanguins et purulens, pour les plaies de tête. Il passe ensuite aux plaies thoraciques, et il examine différentes lésions qui peuvent compliquer ces blessures ; savoir, les fractures des côtes, l'ouverture des différens vaisseaux de la poitrine, etc. Il passe à celles de l'abdomen, puis à celles des membres, où la douleur, les hémorrhagies, l'inflammation, la gangrène, le tétanos, les anévrismes, les collections et les résorptions purulentes, la phlébite, etc., sont tour à tour examinées dans autant d'articles séparés.

Partout dans ce travail on trouve des vues et des observations pratiques qui indiquent dans son auteur un chirurgien habitué à soigner les malades.

— *M. Sédillot.* La question qui échoit à M. Sédillot est ainsi conçue : Exposer les avantages et les inconvéniens des amputations dans la continuité, et des amputations dans la contiguité des membres.

Cette thèse se compose de 80 pages. L'auteur commence par l'historique des amputations, à laquelle quelques pages seulement suffisent. Il entre ensuite en matière par des généralités sur les amputations.

Ces généralités nous paraissent renfermer des idées remarquables de haute pathologie chirurgicale, et dignes d'un talent observateur. Les préceptes généraux qu'il établit nous semblent incontestables.

Dans la seconde partie de son travail, M. Sédillot compare les différentes espèces d'amputations entre elles, et discute avec beaucoup de sagacité et de savoir la valeur des différentes méthodes et opinions reçues à cet égard. On conçoit déjà qu'une dissertation la mieux faite sur un sujet pareil ne se prête pas à une analyse plus détaillée. ROGNETTA.

Nota. Le temps et la place nous manquent pour examiner les thèses de MM. Bérard et Laugier qui ne nous ont pas été envoyées et que nous venons de parcourir ; dans la première, *du diagnostic dans les maladies chirurgicales*, etc., M. Bérard a classé en 16 sections les erreurs de diagnostic et n'a compris dans son sujet que les maladies par violence extérieure et qui se remarquent à la surface du tronc ou des membres. Ce sujet n'était pas, il est vrai, traité dans les livres, il n'est cependant pas entièrement neuf comme on l'a prétendu ; nous avons sous les yeux une thèse analogue de M. Jules Cloquet dans le concours de 1831. On a remarqué avec raison beaucoup d'omissions dans cette thèse.

Le sujet de la thèse de M. Laugier (Rétrécissemens de l'urètre et leur traitement) est plus restreint ; elle manque de critique, et on y voit trop souvent, comme dans l'argumentation, que l'auteur n'a pas d'opinion bien arrêtée. Ces deux thèses n'ajoutent et n'ôtent rien à la réputation des auteurs.

N° 30. — 10 MARS.

Nomination de M. Sanson à la chaire de clinique externe.

Notre ami, M. Sanson, est nommé professeur de clinique externe. Jamais, depuis la nomination de M. Bouillaud, concours pareil n'avait assisté à ces solennités

qui ont si souvent tourné au détriment de l'école; jamais depuis lors unanimité semblable, enthousiasme aussi éclatant dans les applaudissement de la multitude. Honneur aux élèves? C'est à eux, nous le disons hautement, qu'est due la justice obtenue par le nouveau professeur; et la faveur des élèves n'est achetée, on le sait, par aucune complaisance, ne cède à aucune influence de camaraderie, à aucune affection de personnes.

Honneur aussi aux hommes qui n'ont point dévié et qui ont formé le noyau autour duquel sont venus se grouper les votes qui ont donné la majorité à celui auquel on accordait généralement la victoire. A eux seuls appartient la gloire d'avoir déjoué l'intrigue et fait rentrer en eux-mêmes ces êtres à conscience élastique, à engagemens antérieurs, qui ne rougissent pas de se mentir à eux-mêmes, et trafiquent sans cesse de leurs critiques, de leurs éloges et surtout de leurs votes. Examinons les faits avec impartialité, et chacun jugera ensuite si nous errons dans nos opinions ou si nous sommes dans la vérité.

Au premier tour de scrutin, les onze voix du jury se sont reparties de la manière suivante : M. Blandin 4, M. Bérard 4, M. Sanson 3.

Le second tour arrive : M. Sanson a *huit voix*, M. Blandin 3. M. Sanson est nommé.

HOPITAL SAINT-LOUIS.

Fistule vésico-vaginale. — Cystoplastie; procédé de M. Jobert; observation communiquée par M. Georges Dubois interne. (1).

Gabrielle Morel, lingère, âgée de 28 ans, avait toujours joui d'une bonne santé, lorsqu'au commencement de l'année 1831 elle eut une couche très-laborieuse, pendant laquelle des accès réitérés d'éclampsie nécessitèrent l'application du forceps. Cette opération, qui amena un enfant mort, fut immédiatement suivie de violens accidens inflammatoires; le ventre et la vulve devinrent très-douloureux et se tuméfièrent considérablement.

Dès le lendemain de l'opération, on fut obligé de sonder la malade, et la persistance de la rétention d'urine rendit cette manœuvre nécessaire jusqu'au neuvième jour. A cette époque, la malade éprouvant un besoin pressant d'uriner, se fit asseoir dans un fauteuil, et à l'instant même elle sentit son urine s'échapper avec bruit et inonder ses vêtemens. Depuis ce moment, l'écoulement de l'urine a été permanent.

Dès le lendemain, la malade se fit transporter à la Pitié, où M. Velpeau, après avoir attendu que les parties revinssent à un état plus satisfaisant, ce qui exigea une quinzaine de jours, eut recours à la cautérisation. Cette méthode fut mise en usage pendant environ quinze jours, mais sans succès et la malade, découragée, revint chez elle.

Trois mois plus tard, elle fut opérée suivant la méthode de M. Lallemand, par un chirurgien de la capitale. Cette méthode ne réussit pas mieux que la précédente, et Gabrielle Morel, complétement rebutée, ne voulut plus voir aucun médecin; bien mieux, elle eut un enfant qui vint au monde sans accidens.

Il y un an, la dégoûtante infirmité dont cette malheureuse était atteinte, lui fit réclamer les soins de M. Jobert, qui l'opéra par sa méthode. Le lambeau fut taillé aux dépens de la grande lèvre du côté gauche, et le douzième jour, l'adhérence du tampon avec les bords de la fistule fut présumée assez solide pour engager M. Jobert à couper sa base. Malheureusement sa vitalité n'était pas encore suffisante; aussi se gangrena-t-il, et l'écoulement de l'urine reparut-il comme précédemment.

La malade, revenue encore du découragement que lui avait causé ce nouvel échec, se présenta de nouveau chez M. Velpeau, qui fit encore, mais inutilement, de nouvelles tentatives.

Enfin, elle se détermina à rentrer à l'hôpital Saint-Louis le 15 décembre 1835. Après les nombreuses tentatives de guérison que cette femme a supportées, sa fistule s'est considérablement agrandie; c'est maintenant une large perte de substance de forme arrondie, capable de recevoir l'extrémité du pouce, et située seulement à une quinzaine de lignes de l'orifice de l'urètre.

La nouvelle opération a été pratiquée le 20 janvier 1836. Cette fois-ci le lambeau obturateur a été taillé dans le pli même qui sépare la cuisse de la fesse, sa base située en haut et son sommet relevé de bas en haut pour être introduit dans la fistule. Peu d'heures après l'opération, la malade est prise de vomissemens violens et de douleurs vives dans le flanc droit. Le peu de fréquence du pouls, l'extrême agitation de la malade pendant l'opération, et la rapide apparition de ces accidens nous rassurent contre la crainte d'une péritonite. En effet, dès le soir les vomissemens cessent après l'administration de la potion anti-émétique de Rivière.

Le 21, il n'existe plus que quelques nausées qui cessent complétement dans la journée. La sonde, placée à demeure immédiatement après l'opération, n'a pas fonctionné convenablement, et le petit bassin placé entre les cuisses de la malade pour recevoir l'urine ne s'est pas rempli. Cependant ce n'est plus par la fistule que ce liquide s'est écoulé, mais bien entre l'urètre et la sonde, ce que la malade affirme pouvoir distinguer. On place une nouvelle sonde un peu plus grosse.

Dans la journée le petit bassin se remplit; cependant la malade se sent encore mouillée, et cette circonstance paraît dépendre de ce que le cordon qui fixe la sonde au bandage en T relève trop son extrémité libre.

Le 22 on relâche encore le cordon, et on supprime le bandage en T, dont la branche verticale passée en-

---

(1) Nous avons les premiers fait connaître le procédé de M. Jobert, et publié des observations sur ce sujet. Nous nous empressons de faire connaître le fait suivant, qui est fort remarquable. (*N. du R.*)

tre les cuisses et fendue pour laisser passer la sonde, a le grave inconvénient de comprimer le reste de l'appareil, et par suite le lambeau. On lui substitue un simple bandage de corps auquel on fixe également la sonde. Pour tout pansement, on applique sur la vulve un petit linge enduit de cérat et fendu dans son milieu pour laisser passer l'instrument. Les jours suivans l'urine coule convenablement.

Le 25, la sonde, obstruée par du mucus, est remplacée.

Le 27, le fil passé dans le sommet du lambeau, et fixé au bandage de corps, tombe pendant le pansement sans qu'on ait exercé sur lui aucune traction inopportune.

Les jours suivans le tampon ne s'est point déplacé, et l'urine a continué à couler par la sonde. Ces deux circonstances font augurer un heureux résultat.

Le 31, des mouvemens inconsidérés de la malade ont complétement dérangé l'appareil, et la sonde est sortie de l'urètre. Depuis ce léger accident, l'urine s'est accumulée dans la vessie, et plusieurs fois dans la journée la malade, sollicitée par le besoin d'uriner, s'en est débarassée naturellement. Ce fait contribue encore davantage à augmenter l'espoir d'une réussite complète. Comme le fil qui passait dans le sommet du lambeau est déjà tombé depuis plusieurs jours, il est bien probable que l'occlusion de la fistule ne dépend plus que des nouvelles adhérences, et que les fils qui passent du tampon dans les bords de la perte de substance se sont également détachés.

Malgré cet heureux pronostic, et pour plus de sûreté, on place encore une sonde.

Depuis cette époque jusqu'au 23 février, on change les sondes tous les jours ou tous les deux jours. Les urines sont limpides la plupart du temps ; quelquefois cependant de légères mucosités obstruent la sonde. Souvent par indocilité la malade dérange cet instrument, et chaque fois l'urine s'accumule dans la vessie et est rendue volontairement. Il faut néanmoins noter que les envies d'uriner reviennent alors très-fréquemment, ce qui dépend probablement de la diminution de capacité de la vessie, tant par suite des opérations qu'elle a subies, qu'en raison de son défaut d'extension pendant plusieurs années.

Le 23, M. Jobert coupe le lambeau à un pouce de sa base. La malade a senti à peine l'incision.

Le 24, le lambeau présente une coloration noire très-inquiétante, et qui, occupant plusieurs lignes de l'extrémité nouvellement coupée, s'étend sur un de ses côtés, aussi haut que l'œil peut atteindre. La portion qui n'est pas encore mortifiée est gonflée et rouge. L'urine offre une coloration rouge insolite. On supprime la sonde dans la crainte que, comprimant le lambeau, elle n'augmente encore la gangrène.

Le 25 la malade est inquiète. Depuis la veille elle a éprouvé du malaise, de la céphalalgie et des envies de vomir. La portion mortifiée n'a pas augmenté, et le reste du lambeau est moins tuméfié, ce qui fait espérer que la gangrène se limitera et n'atteindra pas la portion du lambeau qui obture la fistule. L'urine s'accumule toujours dans la vessie et est rendue volontairement ; seulement, quand la malade résiste aux besoins fréquens qu'elle éprouve, ce liquide s'échappe seul et inonde le lit. Sa coloration par du sang est toujours très-marquée. Petite saignée ; cataplasme sur le ventre.

Le 26, le malaise général est moindre, mais la malade se plaint d'une douleur dans la vessie et la vulve. La portion du lambeau mortifiée commence à se séparer de la portion vivante, laquelle a beaucoup diminué de volume. La coloration rouge de l'urine existe encore. On applique simplement un petit linge cératé sur la vulve.

Le 27, la portion gangrenée est complétement tombée, et le reste du lambeau s'est encore dégorgé. L'urine est encore sanguinolente, mais l'état général est parfait. Même pansement.

Le 28, l'urine est très-claire, toujours rendue sans le secours de la sonde, et toujours volontairement. Le tampon s'est tellement rétracté qu'on est obligé d'écarter les petites lèvres pour l'apercevoir. La surface de la section, de couleur vermeille, est le siége d'une suppuration de bonne nature. L'état général continue à être parfait.

Le 3 mars, M. Jobert coupe à ras le bourrelet formé par la base du lambeau. On doit se souvenir que la première section avait été faite à un pouce de la base. La section de ce bourrelet a été douloureuse, et suivie d'une hémorrhagie fournie par trois artérioles.

Le 5 mars, la malade nous apprend que pendant la nuit elle a été réveillée deux fois par le besoin d'uriner et qu'elle a eu le temps de prendre son bassin. Jusqu'à présent l'urine, quand la malade dormait, s'échappait brusquement avant que le besoin fût assez pressant pour la réveiller. Cette nouvelle circonstance rend encore plus positive la certitude de la guérison ; et l'opérée, après les soins assidus et minutieux dont nous l'avons entourée, se trouve à une époque du traitement assez avancée, pour que nous n'ayons plus à craindre que quelque accident vienne détruire le succès de l'opération.

L'extrême importance du brillant résultat auquel M. Jobert vient d'arriver, a rendu nécessaires les détails circonstanciés dans lesquels je suis entré. Il est important, je crois, d'ajouter encore à cette observation quelques réflexions propres à faire connaître les modifications que l'auteur a introduites dans sa méthode, et faire ressortir les faits les plus essentiels.

Le procédé opératoire, tel qu'il a été décrit par M. Roger dans la *Lancette*, a éprouvé, depuis, quelques modifications importantes ; c'est, en effet, le propre des procédés compliqués de la chirurgie de subir dans les mains de leurs auteurs des améliorations progressives à mesure que de nouvelles occasions de les appliquer se présentent, jusqu'à ce qu'ils acquièrent enfin, par leur plus grande simplicité et la précision dans les préceptes, une place solide dans la science.

Dans les cas précédens le lambeau avait été taillé, tantôt aux dépens d'une des grandes lèvres, tantôt aux

dépens du sommet de la fesse. La première méthode avait l'inconvénient de déformer la vulve; la seconde avait celui plus grave d'exposer la base du lambeau au contact presque permanent de l'urine et par conséquent d'ajouter à ses chances de mortification. En prenant le lambeau dans le pli de la fesse, on a au contraire l'avantage de soustraire presqu'entièrement la base du lambeau à l'action nuisible de l'urine, puisqu'il se trouve situé plus en dehors. Le léger suintement, qui vient de l'urètre et non point de la fistule, est impossible à éviter, parce que la sonde ne remplit jamais assez exactement le canal; à moins toutefois qu'on n'emploie une sonde très-volumineuse, mais alors la malade ne peut la supporter. Cette nouvelle modification est encore heureuse, en ce que la cicatrice provenant de la plaie faite pour tailler le lambeau, est moins en évidence.

Jusqu'à présent le fil, à l'aide duquel le lambeau est hissé dans la fistule, avait été passé exactement dans son sommet. Il en résultait qu'une partie seulement du pourtour de la fistule était en contact avec la portion vive du lambeau, et que le reste correspondait à la surface cutanée de ce dernier. Cette dernière portion avait par conséquent une chance d'adhésion peu grande, bien qu'en introduisant le lambeau on cherchât à le rouler un peu sur sa surface cutanée, de manière à augmenter la portion de parties vives en contact. Dans le cas actuel, M. Jobert a replié le sommet du lambeau sur lui-même de manière à doubler l'étendue de la surface vive, et le fil, au lieu de traverser le sommet, a été passé dans les deux branche de cette anse charnue.

Un point capital dans la méthode de M. Jobert, c'est l'époque à laquelle le lambeau peut être coupé et peut vivre à l'aide des adhérences formées avec le pourtour de la fistule. L'intervalle entre cette époque et celle de l'opération doit être au moins de quarante jours; c'est ce qui ressort évidemment du cas actuel, et surtout des opérations faites précédemment. Dans celles-ci, en effet, il est arrivé plusieurs fois que le lambeau, ayant été coupé trop tôt, s'est gangréné, et la fistule réproduite. Dans le cas présent, un phénomène fort remarquable a suivi la section; le lambeau ne s'est gangréné qu'à son extrémité la plus éloignée du point par lequel il recevait la vie: tandis que la portion qui sert de bouchon a conservé toute sa vitalité. Ce phénomène dépend bien certainement de ce que les vaisseaux de nouvelle formation capables de nourrir cette dernière partie, n'étaient cependant pas assez considérables pour suffire à la nutrition de la totalité du lambeau. Une conséquence pratique découle tout naturellement de ce phénomène, c'est que la section du lambeau doit être faite très-loin de sa base, de manière à diminuer autant que possible la portion que les nouvelles adhérences auront à entretenir. Cette manière de faire a, de plus, l'avantage de diminuer le bourrelet que le fragment supérieur forme dans le vagin, bourrelet qui, au reste, diminue considérablement de volume quelque temps après la section.

Chez les femmes âgées qui n'ont plus à redouter la difformité que forme le lambeau, il sera sans doute plus prudent de ne pas en faire la section, car il est bien certain que l'on s'expose à voir la gangrène se développer, puisqu'on tarit ainsi la source de nutrition la plus puissante. Chez elles, en outre, cette indication est plus pressante; puisque par l'effet de l'âge la vascularité du lambeau doit être peu considérable. En taillant le lambeau le plus près possible de la vulve, les mouvemens d'abduction de la cuisse correspondante ne seraient d'ailleurs pas assez étendus pour pouvoir tirailler les adhérences et leur faire courir le risque de se rompre.

Il est bon de noter qu'en coupant à ras le bourrelet formé par la base du lambeau, on eut une hémorrhagie abondante et on causa une vive douleur à l'opérée. Ceci prouve combien était active la nutrition par la base.

Enfin, je finirai ces réflexions en faisant remarquer que, si la méthode de M. Jobert est d'une exécution très-délicate, les soins que réclame l'opérée longtemps encore après l'opération, sont très-minutieux et sont indispensables à la réussite.

COLLÉGE DE FRANCE.

Cours de physiologie expérimentale de M. Magendie.

(Vingt-unième leçon, 26 février.)

Après avoir montré en détail le fait pathologique rapporté dans notre n° 26, et récapitulé la leçon précédente. M. Magendie explique la liaison qui existe entre le nerf vidien et la cinquième paire; il pense qu'il n'y a que simple accolement et non entrecroisement, parce que si l'entrecroisement existait, la sensibilité de la membrane et de la corde du tympan devrait persister même après la section de la cinquième paire. Eh bien, tout le contraire a lieu.

Un animal sur lequel on coupe la cinquième paire ne donne aucune trace de sensibilité lorsqu'on touche la membrane ou la corde du tympan : c'est ce que nous allons voir par de nouvelles expériences. Mais avant, assurons-nous, dit le professeur, si le nerf acoustique est bien le nerf de l'ouïe. Pour cela, il prend un chien préparé à cet effet, il fait mettre à découvert la fosse occipitale : il pénètre dans le crâne par cette voie. A peine a-t-il percé la membrane qui enveloppe la moelle épinière, que le liquide céphalo-rachidien s'échappe en un jet; puis il essaie de couper le nerf acoustique.

L'animal est dans une grande prostration, et présente les mêmes phénomènes qu'un animal privé du liquide céphalo-rachidien. Du reste, l'ouïe paraît complétement détruite, car l'animal ne donne aucun signe d'audition.

M. Magendie ignore si les nerfs sont parfaitement coupés; puis il ajoute qu'il est très-difficile de savoir exactement si un animal est privé de l'ouïe, parce que souvent il peut entendre un peu et ne pas laisser paraître de signes d'audition.

Le chien sur lequel il expérimente est très-malade; il se peut qu'il entende sans pouvoir manifester ce sentiment. Il passe ensuite à l'expérience sur la cinquième paire pour prouver que la sensibilité de la membrane et de la corde du tympan est liée à l'intégrité de cette paire de nerfs. Il montre d'abord que la membrane et la corde du tympan sont très-sensibles en introduisant un stylet mousse dans le conduit auditif. Le lapin sur lequel il fait l'expérience donne les signes de la plus vive sensibilité. Il coupe la cinquième paire, et s'assure que la section est bien faite; en touchant les yeux et pinçant la face, ces parties sont insensibles; phénomène qui a lieu, comme nous l'avons vu, lorsque la cinquième paire est coupée: l'animal ne donne aucune trace de sensibilité. M. Magendie fait éprouver des secousses à la membrane et à la corde du tympan; il déchire même la membrane: le lapin reste tout à fait insensible tandis que de l'autre côté, l'animal sent très-bien, lorsqu'on touche ces parties.

Il essaie encore la section de la cinquième paire sur un chien: mais l'expérience ne réussit pas complétement.

(Vingt-deuxième leçon, 2 mars.)

M. Magendie montre les pièces anatomiques d'un chien sur lequel il avait essayé de couper le nerf acoustique. La section a été complète du côté gauche; celui du côté opposé est intact. Il montre aussi un autre chien chez lequel il avait voulu couper la cinquième paire pour voir si la sensibilité de la corde du tympan était liée essentiellement à l'intégrité de la cinquième paire.

La section ayant été très-imparfaite, il ne peut déduire aucune conséquence de ce fait.

Il prend ensuite un lapin sur lequel il a préalablement coupé la cinquième paire; le pavillon de l'oreille du côté où la section a été faite reste sensible. L'oreille externe produit le même phénomène. Cela n'est pas étonnant, parce que ces parties reçoivent d'autres filets nerveux. Mais, arrivé à la membrane et à la corde du tympan, l'animal ne donne aucune trace de sensibilité, malgré la pointe d'un stylet mousse avec lequel M. Magendie frappe contre la membrane et la corde du tympan; il déchire même cette membrane, et l'animal reste insensible; tandis que du côté opposé, le lapin donne des signes d'une vive sensibilité.

M. Magendie conclut de ces faits que la sensibilité de la membrane et de la corde du tympan tient à l'intégrité de la cinquième paire.

M. le docteur Montault présente le malade atteint d'une paralysie de la cinquième paire du côté gauche. Ce malade a déjà été présenté le 12 février; nous avons analysé son état dans le numéro 23 du même mois. Comme rien de nouveau n'est survenu depuis ce temps, nous allons constater les expériences que M. Magendie a faites sur cet homme.

La sensibilité du côté gauche est presque abolie; celle du pavillon de l'oreille, du conduit auditif, de la membrane du tympan, est très-affaiblie du côté gauche, tandis que la sensibilité de ces parties du côté droit est intacte. La narine du côté gauche est très-peu sensible. La conjonctive de l'œil gauche offre le même phénomène. Ce manque de sensibilité lui permet de tourner avec le doigt ce même œil. La vue est affaiblie, l'olfaction est nulle; il ne sent ni le tabac qu'il prend, ni le vinaigre qu'il respire. Il en est de même du goût; la moitié de la langue reste insensible au sel, au poivre. Un peu d'acide acétique mis sur la langue détermine une sensation qui tient plutôt à la sensibilité générale qu'à la sensibilité particulière de cet organe. Le voile du palais, à gauche, donne le même phénomène d'insensibilité. Lorsqu'on le touche, le malade ne manifeste pas cette envie de vomir qu'il éprouve lorsqu'on touche le voile du palais; à gauche, la fosse temporale présente une concavité plus grande qu'à droite. Le muscle temporal est atrophié; il en est de même du muscle masséter qui est mou, flasque et bien moins gros que l'autre; la bouche est déviée à gauche: lorsqu'il sort la langue, elle se dévie aussi à gauche. Les muscles de ce côté de la face sont bien moins forts qu'à droite; le malade ne peut pas mâcher de ce côté. La sensibilité de la peau a été aussi modifiée de ce côté; elle est nulle à gauche: le cuir chevelu lui-même est moins sensible à gauche qu'à droite. Lorsque le malade se fait la barbe, il ne sent pas le rasoir passer sur le côté gauche de sa figure, tandis qu'il le sent parfaitement bien sur l'autre côté.

Tous ces phénomènes, ajoute M. Magendie, viennent à l'appui de nos expériences sur la cinquième paire. Nous avons produit des phénomènes analogues en coupant la cinquième paire chez des animaux vivans; seulement chez ce malade, la sensibilité n'est pas tout à fait abolie; cependant cet exemple fort remarquable de paralysie confirme nos expériences, et on ne dira pas que nous ne faisons ces dernières que sur des animaux.

PATHOLOGIE INTERNE.

Cours de M. Andral.

Leçons sur les maladies des centres nerveux; recueillies par M. Malherbe.

(Suite du numéro 19.)

Deuxième classe. Les maladies comprises dans cette classe dépendent d'une lésion de nutrition, et peuvent être divisées en quatre ordres:

1er ordre. — Hypertrophie.
2e — Atrophie.
3e — Induration.
4e — Ramollissement.

1er Ordre. *Hypertrophie des centres nerveux.*

Elle doit être distinguée avec soin de l'hypérémie. Ces deux affections peuvent marcher ensemble ou s'isoler, et

présenter des phénomènes différens. La maladie qui nous occupe n'attaque pas également tous les âges, comme nous le verrons plus bas.

Caractères anatomiques. — La substance nerveuse est remarquable par sa densité. La partie colorante du sang semble s'y trouver en moins grande quantité, fait opposé à celui qu'on remarque dans l'hypérémie. Si l'on fait des coupes à la pulpe cérébrale, on voit qu'elle est sèche. Cette sécheresse n'existe pas seulement à l'intérieur, mais encore à l'extérieur. Les circonvolutions sont plus serrées, les anfractuosités moins appréciables ; les ventricules tendent à s'effacer.

Cette hypertrophie peut être suivie dans les différens points principaux des centres nerveux. Ainsi : I. Dans le cerveau proprement dit; II. Dans le cervelet; III. Dans la moelle épinière.

I. *Dans le cerveau.* — Les deux hémisphères du cerveau peuvent être hypertrophiés ou dans leur totalité, ou partiellement.

1° Quand l'hypertrophie est générale, ou bien les parois du crâne se développent en même temps que le cerveau, et il ne se manifeste pas d'accident ; ou bien, au contraire, la substance cérébrale est seule atteinte, les os conservant leur état ordinaire d'accroissement. C'est alors que surviennent les accidens nombreux de la compression et de la congestion secondaire déterminée par cette même compression.

Causes. — On a signalé l'exercice prématuré de l'intelligence : cette opinion veut encore être démontrée. L'âge paraît avoir quelque influence sur l'apparition de l'hypertrophie. Le plus ordinairement elle se montre depuis l'âge de 20 ans jusqu'à 35, et rarement au delà.

Symptômes. — Ils peuvent être nuls, c'est lorsque le crâne suit le développement des organes qu'il contient. Mais quand le cerveau seul est affecté, que les os sont respectés par la maladie, des troubles se traduisent du côté de l'intelligence, du mouvement et du sentiment.

Lésions de l'intelligence. — Elle est obtuse ; il y a une sorte d'idiotisme qui va croissant en raison directe du degré qu'acquiert l'hypertrophie. Chez certains individus, il y a seulement perversion de l'intelligence. Cet état dure plus ou moins longtemps, puis à certaine époque se montre du délire ; la perturbation devient gégénérale, et les sujets succombent au milieu de ces accidens. Le coma profond caractérise parfois la maladie qui nous occupe. La céphalalgie est ordinairement un des symptômes prédominans et précurseurs. On a observé aussi des vertiges dans certains cas.

Lésions du mouvement. — Elles consistent, chez les enfans surtout dans des convulsions. Chez certains malades, ces convulsions ont présenté les caractères de l'épilepsie. M. Andral a pu remarquer dans quelques autopsies d'épileptiques, la coïncidence parfaite de l'hypertrophie cérébrale. Une paralysie plus ou moins complète, et pouvant succéder à des convulsions plus ou moins violentes, s'est aussi quelquefois manifestée.

Lésions du sentiment. — Une perte de sentiment, tantôt graduelle, tantôt subite, a été notée ; et c'est chose assez remarquable, que dans une affection chronique un pareil accident survienne tout à coup en un seul jour.

Bien que dans une semblable maladie les fonctions de la vie organique ne soient pas le plus généralement troublées, au milieu des désordres des centres nerveux, la digestion et la circulation sont parfois altérées.

Marche. — Il peut y avoir deux périodes distinctes : l'une aiguë, l'autre chronique. Dans la première s'observent des convulsions très-fortes, et quelquefois, indépendamment des symptômes indiqués plus haut, on y rencontre ceux de l'hydrocéphale aiguë. Dans la seconde, on remarque encore à peu près les mêmes phénomènes, des convulsions, du délire dans quelques cas, les symptômes de l'hydrocéphale chronique et de l'épilepsie ; on a vu dans cette période, des individus périr au milieu des accidens de l'hypertrophie à l'état aigu.

Durée, pronostic et terminaison. — L'intensité, l'étendue, etc., de l'affection peuvent les rendre variables; mais trop souvent la mort est certaine.

Traitement. — Il se réduit à rien contre l'hypertrophie elle-même ; tout consiste alors dans la médecine du symptôme ; il en est de même pour les cas suivans.

2° Lorsque l'hypertrophie est partielle, il est possible qu'elle occupe les parties superficielles des hémisphères cérébraux ou bien les parties profondes.

L'hypertrophie des parties situées à la périphérie du cerveau est le point de départ de la doctrine de Gall : cette question est, du reste, plutôt physiologique que pathologique, et nous reviendrons plus tard sur ce sujet.

II. *Dans le cervelet.* — L'hypertrophie de cette portion de l'encéphale présente les mêmes caractères que ceux reconnus dans la même lésion ayant pour siége le cerveau. Elle peut être latente, ou se manifester à l'extérieur par le développement plus considérable des parois du crâne correspondantes. Ce développement a-t-il pour conséquence une plus grande action des organes génitaux? M. le docteur Voisin, en examinant les têtes de plusieurs forçats, est parvenu à reconnaître au développement précité, ceux condamnés pour viol : ce fait est très-important.

Le cervelet peut, par son accroissement outre-nature, vaincre la résistance que lui oppose la boîte osseuse et faire une véritable hernie, comme l'a vu une fois le docteur Lallemand.

III. *Dans la moelle épinière.* — Elle peut être hypertrophiée en totalité, et on n'en cite que deux cas, ou bien l'être dans une de ses parties seulement. On a l'observation d'un enfant qui, avec un cerveau très-peu volumineux, offrit, par une sorte de compensation, un très-grand développement de la moelle rachidienne. Laënnec a cité un cas analogue, sans dire quels symptômes caractérisaient cette affection. On comprend facilement que dans tous ces cas de développement excessif des centres nerveux, une faible, et même la moindre congestion deviendra mortelle.

N° 31. — 12 MARS.

Lacenaire et Avril.

(Deuxième article ; suite du n° du 1er mars.)

Il n'est pas de systèmes qui ne contiennent des erreurs et des vérités ; celui qui les crée met en saillie avec soin et bonheur les vérités, et dissimule avec plus ou moins de loyauté les erreurs ; ceux qui les combattent n'obtiennent de succès qu'autant qu'ils emploient des armes avouées par la raison et par la bonne-foi, car le bon sens public est toujours là qui fait justice de toutes les exagérations.

C'est en cherchant la vérité avec impartialité et sans prévention, que nous sommes déjà parvenus à prouver la fausseté de certaines allégations sur un trop célèbre assassin ; qu'il ait été lâche ou courageux, faible ou ferme, Lacenaire n'en est ni moins dégoûtant, ni moins misérable pour qui ne s'est par fait illusion sur les fausses exigences d'une morale ou d'une religion irrationnelle, pour qui n'a pas une foi entière dans ou contre le système phrénologique, pour qui accepte les faits quand ils lui sont patens, mais comme faits individuels, comme pouvant servir de base à un jugement raisonné, et non point comme devant servir à étayer follement ou à renverser sans pitié une théorie.

Avant de juger si les têtes de Lacenaire et d'Avril étaient ou non favorables à la phrénologie, nous avons dû prendre des renseignemens sur la manière dont ces individus ont vécu et sont morts, nous n'avons pas craint pour cela d'interroger jusqu'à cet homme dont nous plaignons sincèrement le sort et qui sert de dernier levier à ce qu'on est convenu d'appeler la justice; nous avons ensuite examiné les plâtres ; et non contens de cet examen, il a fallu, avant de nous prononcer, que nous ayons pu, non pas voir à distance dans un amphithéâtre (car là, comme M. Bérard, nous aurions pu prendre la tête de l'un des condamnés par l'autre), mais que nous ayons tenu les crânes dans nos mains et avec une entière certitude de n'être point trompés. Voici maintenant le résultat de nos recherches comparatives.

Disons d'abord ce que nous avons observé et ce que tout le monde peut voir comme nous sur les plâtres.

Chez Lacenaire, toute la partie antérieure du crâne est d'un beau développement. Les régions latérales sont extrêmement développées. L'occipitale inférieure et les régions mastoïdiennes ont des dimensions plus étendues que chez Avril.

Les parties qui correspondent aux organes de la circonspection ne sont pas très-développées, celles de l'approbativité, de l'orgueil et de la fermeté sont très-prononcées, tandis que celles de la vénération, de l'espérance et du sentiment de justice offrent une dépression manifeste.

Chez Avril, les parties antérieures et latérales de la région frontale sont peu développées, et forment sous ce rapport, avec le crâne de Lacenaire, un contraste évident. L'espérance et le sentiment de justice sont très-déprimés.

L'organe de la vénération est très-développé ; celui de la fermeté a de moindres proportions. L'amour-propre l'est beaucoup moins que chez Lacenaire. Les parties correspondantes aux circonvolutions dans lesquelles les phrénologistes placent le siége de l'attachement amical, de la philogéniture, de l'amour physique, du courage, sont très-prononcées.

Le diamètre qui correspond à l'organe de la destructivité est moins prononcé de deux lignes que celui de Lacenaire, et si l'on déduit l'épaisseur beaucoup plus grande de la peau et des os chez Avril, la différence peut être de cinq ou six lignes.

Indépendamment de cette prédominance dans le diamètre transversal à l'extérieur chez Lacenaire, M. le docteur Ferrus, qui avait examiné avec soin la base du crâne à l'intérieur, nous avait dit (et nous nous sommes depuis convaincus de la vérité de cette observation) avoir remarqué une étendue si considérable de la fosse moyenne, que non-seulement elle dépassait de beaucoup celles des fosses antérieures et postérieures dans la même tête ; mais, qu'examinée comparativement avec d'autres bases de crâne, elle présentait une véritable difformité.

Ces observations, nous en avons vérifié l'entière exactitude sur les deux crânes ; on en jugera par le rapport suivant des mesures que nous avons prises :

	Lacenaire		— Avril.	
Diamètre bi-temporal à l'intérieur,	5 p.	3 l.	— 4 p.	9 l.
— bi-sphénoïdal, id.,	3	11	— 3	10
Pris en dedans du crâne, d'un sinus latéral à l'autre,	4	5	— 4	2
Du foramen au milieu du sinus latéral. à droite,	4	8	— 4	5
Du foramen au milieu du sinus latéral. à gauche (1),	4	10		
Du milieu du sinus pétreux supérieur aux parties latérales de la protubérance occipitale interne,	2	4	— 2	9
Du trou occipital entre les deux condyles, au sinciput.	4	6	— 4	9
Antéro-postérieur du trou borgne, au milieu de la protubérance occipitale interne,	5	3	— 5	8
Diamètre oblique de la partie intérieure de l'angle orbitaire externe, au milieu du sinus latéral,	5	9	— 5	9 1/2
De la partie antérieure du trou occipital au trou borgne,	3	2	— 3	5
Du même point au milieu de la protubérance occipitale interne,	2	6	— 3	0

(1) Cette inégalité entre les deux hémisphères crâniens est à noter.

Nul doute qu'un examen attentif ne parvienne à faire découvrir dans ces deux têtes quelques discordances phrénologiques, mais en somme elles sont certainement bien plutôt favorables à ce système qu'elles ne lui sont contraires ; ni la tête de Lacenaire ni celle d'Avril ne justifie l'assertion du professeur de physiologie de l'école et ne saurait être considérée comme celle d'un *saint*, si on accorde quelque valeur aux idées phrénologiques.

Nous croyons inutile de revenir d'ailleurs sur les leçons que ce professeur a faites dans les amphithéâtres de l'école ; aucun argument nouveau, aucun argument sérieux même n'y a été mis en avant et tout s'est réduit à des observations superficielles, à des argumentations de réminiscence et à quelques plaisanteries de bon ou de mauvais goût.

Ainsi, que dire à un professeur qui en est encore à combattre la phrénologie dans la bosse du meurtre, en prenant pour exemple le lapin, le cheval, etc., qui l'ont très-développée ; le lapin et le cheval n'ont jamais, dit M. Bérard, passé pour des *meurtriers ;* sans doute, mais depuis longtemps Spurzheim a fait de cet organe l'organe, non du meurtre, mais de la *destructivité ;* or, peu d'animaux sont plus destructeurs sans contredit, et s'ils ne détruisent pas les hommes comme les plantes, c'est que la nature ne les a pas destinés à se nourrir de chair.

Que dire encore de cette demi-douzaine de crânes, choisis on ne sait comment, apportés de je ne sais où, ayant appartenu on ne sait à qui et dont le professeur a voulu faire des argumens en sa faveur ? Que dire de sa manière de démontrer les saillies du crâne, les yeux fixés au plafond ? Il en est résulté que le crâne de Lacenaire a été pris pour celui d'Avril.

Nous connaissons quelqu'un, nous disait fort spirituellement un jeune et studieux phrénologiste, M. Bernard de Lafosse, qui en voudrait bien plus à M. Bérard que les phrénologistes ; ce quelqu'un c'est Lacenaire. Il est fort heureux pour M. Bérard que les morts ne reviennent pas, et surtout les guillotinés ; car il aurait pu payer chez sa méprise.

Lacenaire, si fier, si orgueilleux, disait un jour à M. J. Ar... : « Vous me demandez pourquoi je tiens tant à ce que les journaux ne me représentent pas autre que je suis ; c'est que je ne veux pas qu'on me fasse meilleur ou plus mauvais, plus beau ou plus laid ; je veux être moi et rien que moi. Je serais désolé, désespéré, par exemple, qu'on mît le nom de Lacenaire sous un buste portant la tête d'Avril ou de François. »

Heureusement donc pour M. Bérard, nous le répétons, que Lacenaire est bien réellement mort, et qu'il n'a plus à craindre son poinçon.

Il ne reste donc au professeur de l'école que les éloges de la Gazette, de la Quotidienne et du Journal des villes et des campagnes. « Le professeur, a dit ce dernier, en a fini avec Gall... ; il a foudroyé les *localisateurs* des facultés intellectuelles... que l'on a vu baisser la tête et accepter ainsi cette énergique réfutation du système anti-social et *anti-religieux* des matérialistes.

Ceci est sans doute très-orthodoxe ; mais en vérité nous ne saurions comprendre pourquoi le système de l'ame ne pourrait pas s'accorder avec les phrénologistes. Rien n'empêche d'en faire voyager tout ou partie d'une portion d'organe à l'autre ; car on peut, comme tant d'autres choses, mettre l'ame partout et nulle part. Mais ce qui paraîtra moins orthodoxe, sans doute, c'est que M. Bérard, professeur de l'école, quand il a attaqué avec tant de virulence les phrénologistes, en les traitant d'hommes absurdes, aurait dû ne pas oublier que l'on compte parmi les professeurs plusieurs phrénologistes, et que ces hommes, MM. Andral, Bouillaud et Broussais, ne sont certes pas les membres les moins distingués et les moins honorables de ce corps privilégié.

PATHOLOGIE INTERNE.

Cours de M. Andral.

Leçons sur les maladies des centres nerveux; recueillies par M. Malherbe.

(Suite du numéro précédent.)

2e Ordre. *Atrophie des centres nerveux.*

On peut en distinguer deux espèces : l'une congéniale, résultant du défaut primitif des organes, on l'appelle *agénésie ;* l'autre acquise, consistant dans un moindre volume des parties, soit qu'ayant acquis leur développement normal, elles perdent ensuite dans l'étendue de leurs dimensions, soit qu'elles s'arrêtent à certain degré de leur accroissement.

Est-il besoin de dire que, quelle que soit l'espèce, elle est susceptible de bien des degrés différens ?

Caractères anatomiques.— La pulpe nerveuse se montre pâle ; sa densité est plus ou moins augmentée, quelquefois diminuée. Autour du siége de la maladie existent certaines altérations portant sur les membranes ou sur les os.

Quand les membranes sont affectées on trouve le plus souvent une sérosité abondante, en raison directe de leur état morbide, et destinée à remplir le vide dû à l'absence complète ou non des parties atrophiées. D'après les recherches de M. Magendie, le liquide épanché serait dans le tissu arachnoïdien ; d'autres fois il est contenu dans des véritables kystes formés soit dans l'intérieur, soit à l'extérieur de la substance cérébrale.

Dans certains cas les os se moulent sur le cerveau, et il y a moins de sérosité. Les os peuvent être intacts, et cependant le cerveau sera trop petit pour remplir sa boîte osseuse : alors on observera un épaississement des méninges, des ossifications, etc. On conçoit encore que l'encéphale s'atrophie, et qu'en même temps les os du crâne prennent aux dépens de leur lame interne une épaisseur anormale, ce qui ne pourra être apprécié qu'après la mort de l'individu.

Quelquefois, bien que le cerveau soit peu développé, ou que même il n'existe pas, le volume de la tête est plus qu'ordinaire. Dans ces circonstances, les os se sont épaissis aux dépens de la table externe ; ou bien, amincis, presque membraneux ; ils ont été repoussés, distendus par la masse de sérosité qu'ils renferment : cette forme constitue l'hydrocéphale.

On expliquera de même les hernies des méninges à travers les parois du crâne, lors même qu'il y a atrophie de l'encéphale ou de quelqu'une de ses parties : ces sortes de hernies ont reçu le nom d'hydrocéphalocèle.

Causes. — Elles sont loin d'être toujours les mêmes et parfaitement connues. Il en est qui existent pour le fœtus dès sa vie intrà-utérine.

Le cerveau peut être arrêté à tel ou tel degré de son accroissement par un défaut de force nutritive : une sécrétion abondante remplit l'espace qu'il devait occuper.

Les méninges peuvent, en conséquence d'une affection dont elles seront le siége, attirer à elles l'action nutritive, ou exhaler une trop grande quantité de sérosité qui comprimera le cerveau, et causer ainsi son atrophie. Dans ce cas, il peut se faire que la masse cérébrale soit plutôt altérée dans sa forme que dans sa nature, de sorte qu'elle paraisse une véritable miniature.

Les tumeurs nées à l'intérieur du crâne, les kystes auxquels donne lieu assez ordinairement l'apoplexie, et en général toutes les causes de compression de l'encéphale doivent être regardées comme pouvant déterminer son atrophie. D'autres causes agissent encore par irritation, par inflammation, etc.

L'atrophie ne se montre pas également fréquente dans toutes les parties qui composent les centres nerveux.

Atrophie du cerveau.

L'atrophie du cerveau proprement dit offre bien des degrés.

Absence des deux hémisphères cérébraux. — On l'a constatée, et dans ce cas la vie extra-utérine a été impossible. D'autres fois, on n'a trouvé que de très-faibles rudimens de ces parties qui étaient remplacées par une sorte de masse spongieuse, cellulo-vasculaire.

Dans des cas d'absence du cerveau, le crâne n'a pas pour cela toujours présenté une mauvaise conformation.

Symptômes. — Ils s'apprécient facilement, puisque la vie n'a pas lieu.

Absence d'un seul hémisphère.—Elle s'est rencontrée plusieurs fois, et la vie extra-utérine est alors de courte durée. Quelquefois l'hémisphère seul existant se développe davantage, et semble fournir aux frais des deux.

On a vu chacun des lobes du cerveau manquer, l'antérieur surtout, et les autres n'en être pas moins bien conformés.

Absence d'un seul lobe antérieur. — Dans ce cas l'intelligence a été tantôt ordinaire, tantôt affaiblie. Une fois on a observé une hémiplégie du côté opposé. Dans un autre, un individu a offert une notable difficulté d'articuler.

Absence des deux lobes antérieurs. — Avec ce défaut, il y a eu coïncidence de l'aplatissement du front, non pas d'une manière constante, car il était assez souvent rempli par de la sérosité. L'état de l'intelligence n'a pas bien pu être apprécié, parce que l'on a presque toujours eu affaire à des enfans qui ont succombé. Cependant, une jeune fille de 15 ans qui se trouvait dans le cas dont il est ici question, présenta tous les caractères de l'idiotisme.

Le mouvement a été tantôt nul, tantôt affaibli.

Le sentiment a aussi été altéré dans plusieurs points; ainsi, dans un cas, la vision a été anéantie, chose difficile à expliquer, sinon par l'intime connexion des parties du cerveau. Plus d'une fois l'odorat a subi le même sort.

Absence des deux lobes moyens. — Dans ce cas, les caractères anatomiques et les désordres fonctionnels ont été analogues jusqu'à certain point avec ceux rencontrés dans les cas précédens. Ainsi on a trouvé la place des lobes manquans occupée par de la sérosité enkystée; on a noté une hémiplégie, etc.

Absence des lobes moyen et postérieur. — On l'a observée une fois du côté droit. L'intelligence n'en a pas du tout souffert, mais il y a eu paralysie du côté opposé.

Absence de la corne postérieure des ventricules latéraux. — Constatée deux fois sans autre altération dans le reste du cerveau, elle a donné lieu à l'idiotisme, et n'a entraîné aucun trouble ni du côté du mouvement, ni du côté du sentiment.

N° 32. — 15 Mars.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

Clinique de M. Lisfranc.

De l'emploi du calomel uni à l'opium contre les tumeurs blanches.

M. O'Beirn a lu à la société d'Irlande, en 1834, un mémoire dans lequel il annonce que le mercure uni à l'opium, donné à l'intérieur pour produire la salivation, diminue et enlève la douleur des tumeurs blanches et guérit ces maladies. La Gazette médicale a reproduit une analyse de ce travail avec les sept observations qu'on y trouve consignées.

Il est extraordinaire que ce moyen ait été conseillé d'une manière empirique contre toutes les tumeurs blanches sans distinguer les cas. Nous avons expérimenté cette méthode, nous l'avons jugée sans prévention, et voici les résultats auxquels nous sommes arrivé.

Disons d'abord en quoi consiste la méthode. Avec 18 grains de calomel, 3 ou 4 grains d'opium, on fait quatre pilules à prendre dans la journée, une toutes les trois heures. Il est bien entendu d'ailleurs que l'on doit modifier la dose suivant la constitution et l'âge des malades. Aussitôt que la salivation est assez bien établie, on suspend l'emploi du médicament, et l'on se garde bien d'arrêter la salivation ; on se contente de quelques

gargarismes émolliens ; par exemple, l'eau de guimauve coupée avec du lait.

Quels sont les inconvéniens de cette méthode?

1° Il est des malades chez lesquels on ne peut déterminer la salivation, parce que le calomel agit comme purgatif malgré son association à l'opium.

2° Quand la salivation est produite, elle peut avoir tous les inconvéniens du ptyalisme mercuriel ; et c'est surtout dans la pratique particulière que ces inconvéniens doivent être pris en considération.

Quant aux avantages de cette méthode, nous ne les croyons point aussi grands que l'a pensé M. O'Beirn, qui sans doute a trop généralisé les résultats fournis par un petit nombre d'observations. Nous avons expérimenté, vous l'avez vu, dans plus de vingt cas de tumeurs blanches à l'état chronique, et nous n'avons obtenu aucune ou presque aucune amélioration; à peine avons-nous, en somme totale, constaté quelquefois une diminution de volume d'une ou deux lignes. Mais il n'en a plus été de même dans les tumeurs blanches à l'état aigu, puisque nous avons toujours vu, jusqu'aujourd'hui, la douleur disparaître comme par enchantement, et le volume de la tumeur diminuer en quelques jours d'un pouce ou d'un pouce et demi, et même plus encore.

Dans quelques cas enfin, très-rares il est vrai, la maladie a été tellement amendée, que la guérison a pu se faire ensuite d'elle-même, pour ainsi dire, ou seulement par des moyens très-simples. Nous avons aussi remarqué que lorsque la salivation a cessé depuis huit, ou quinze, ou vingt jours, l'état de la maladie devient stationnaire; circonstance qui nécessite l'emploi des autres méthodes pour achever la guérison.

Faudrait-il, dans ces cas-là, produire de nouveau la salivation? Nous ne le pensons pas, parce que les tumeurs blanches ayant alors passé de l'état aigu à l'état chronique, resteraient aussi insensibles à cette action dérivative que les tumeurs blanches à l'état chronique, contre lesquelles on emploie d'emblée cette méthode.

Nous avons pensé que la méthode pourrait, dans certaines circonstances, être modifiée ; que, par exemple, lorsque le calomel agit comme purgatif, lorsque l'on craint d'irriter le canal intestinal, il serait préférable d'employer les frictions mercurielles pour produire la salivation, parce qu'en définitive c'est la salivation qui évidemment est l'agent de l'amélioration. Nous avons déjà fait quelques essais sur ce point, et nous allons vous présenter simultanément les résultats obtenus sur quelques-uns de nos malades actuellement atteints de tumeurs blanches, chez lesquels nous avons déterminé la salivation, soit par le mercure à l'intérieur, soit par les frictions mercurielles.

Salle Saint-Louis, n° 11, tumeur blanche rhumatismale du genou. L'état aigu avait résisté aux anti-phlogistiques, aux narcotiques; au calomel, parce que celui-ci avait agi comme purgatif et n'avait point causé la salivation. Nous avons obtenu la salivation par les frictions mercurielles ; la douleur et la chaleur anormale que présentait la tumeur ont disparu; le volume de la maladie a diminué; maintenant état stationnaire.

N° 21, tumeur blanche du genou : frictions mercurielles ; la salivation n'a pas encore cessé, et cependant la douleur a déjà disparu. Le volume a diminué en haut d'un pouce, au milieu de huit lignes, en bas d'un pouce.

N° 26, tumeur blanche du tarse : frictions mercurielles ; salivation ; la douleur a cessé, le volume a diminué en arrière d'un pouce, au milieu d'un demi-pouce, en avant d'un tiers de pouce. Maintenant état stationnaire.

N° 34, tumeur blanche du genou ; frictions mercurielles ; salivation, cessation de la douleur, diminution très-marquée de la tumeur. Maintenant état stationnaire.

N° 35. Ce malade est absolument dans le même cas que le précédent.

N° 37. Tumeur blanche du genou à l'état aigu ; salivation ; plus de douleur ; tumeur beaucoup moindre. Maintenant état stationnaire.

Salle Saint-Augustin, n° 16. Tumeur blanche du genou à l'état aigu; salivation par le mercure à l'intérieur; disparition complète de la douleur, diminution très-marquée dans le volume du genou. La salivation a complétement cessé depuis quinze jours; depuis lors état stationnaire.

N° 17, tumeur blanche du genou à l'état aigu. Frictions mercurielles, salivation, douleur entièrement cessée, tumeur beaucoup diminuée. L'état chronique qui l'a remplacé reste stationnaire.

N° 18, tumeur blanche du genou à l'état très-aigu. L'intensité de la douleur empêchait le malade de dormir depuis dix-huit mois. Salivation par le calomel et l'opium, qui enlève la douleur comme par enchantement, et diminue la tumeur des deux tiers de son volume. Depuis quinze jours salivation cessée, état chronique stationnaire.

En résumé, employée contre l'état aigu, cette méthode, comme vous le voyez, ne laisse presque rien à désirer ; mais il est probable qu'en avançant de plus en plus dans l'expérimentation, nous rencontrerons quelques cas exceptionnels. J'ajoute d'ailleurs que je n'ai jamais vu la guérison procurée par cette méthode seule, comme son auteur dit l'avoir observé. Mais, nous vous l'avons prouvé, d'autres médications produisent ensuite les plus heureux effets, et les amputations sont évitées. Consultez nos malades, ils vous apprendront presque tous qu'on voulait enlever leurs tumeurs blanches. Il n'en sera rien.

Maintenant, parce que cette méthode a réussi, lui donnerons-nous la supériorité sur toutes les autres? Non, sans doute. Parce que dans d'autres cas elle n'a pas réussi, la relèguerons-nous parmi les méthodes non avenues? Non, encore. Mais nous faisons voir dans quels cas elle à échoué ; et par là nous croyons avoir posé des indications beaucoup mieux qu'on ne l'avait fait. Il arrive en effet trop souvent que les méthodes nouvelles sont abandonnées par ceux qui ne les ont pas inventées,

parce que ceux qui les ont imaginées, trop pressés de généraliser, ne précisent pas assez les indications. C'est là un des plus graves écueils de la thérapeutique, un de ceux contre lesquels il est de la plus haute importance de se tenir continuellement en garde. On a répété partout que nous guérissions les tumeurs blanches uniquement avec des antiphlogistiques ; vous jugerez les calomnies du népotisme et de l'esprit de coterie de ces hommes qui ne font plus de la science et qui voudraient empêcher d'en faire.

COLLÉGE DE FRANCE.

Cours de physiologie expérimentale de M. Magendie.

(Vingt-troisième leçon, 4 mars.)

Il ne faut pas, comme l'ont avancé les idéologues, la relation isolée d'un sens avec le monde extérieur, pour qu'une sensation puisse s'exercer ; mais il est indispensable qu'un ensemble d'organes entre en action pour que la sensation ait lieu.

Les expériences que nous avons faites sur les sens de l'odorat, de l'ouïe, de la vue, démontrent la vérité de nos assertions, et indiquent de la part de la cinquième paire une action extrêmement remarquable dans les fonctions des sens.

M. Magendie montre un jeune lapin sur lequel la cinquième paire a été coupée depuis quatre ou cinq jours. L'œil du côté de la section a perdu entièrement sa sensibilité ; la cornée est devenue opaque, la sensibilité des tégumens de la face est éteinte de ce côté.

La section des nerfs du côté opposé est tentée, et échoue une première fois ; à une deuxième reprise elle paraît réussir. L'animal ne donne pas la moindre trace de sensibilité lorsqu'on irrite la surface des yeux et les narines.

Il paraît encore entendre un peu lorsqu'on fait un bruit intense auprès de lui.

Du sens du goût.

Parmi les parties qui constituent les parois de la bouche, les unes ont une action très-prononcée dans les fonctions du goût, tandis que les autres ne servent qu'au mouvement ou seulement de points d'appui.

Trois nerfs de chaque côté vont se porter sur la langue ; ce sont l'hypoglosse ; le glosso-pharyngien et le lingual.

Les auteurs regardent le premier de ces nerfs comme celui du mouvement, le troisième comme un nerf de sensibilité générale, et le deuxième, ou glosso-pharingien, comme celui qui est propre à la fonction du goût.

M. Magendie pense que cette dernière opinion est erronée, et que le lingual, au contraire, est le nerf du goût. Il s'interrompt pour faire observer que le petit lapin sur lequel il venait de couper le deuxième nerf de la cinquième paire, faisait quelques mouvemens qui, pour lui, étaient une indication que la section n'avait pas été opérée complétement.

En effet, ce petit animal, qui était resté sur la table du professeur, tenait la tête relevée, tandis que dans la section parfaite des deux nerfs de la cinquième paire, la tête doit être dirigée en bas, et reposer sur le sol. Il réitère une troisième fois l'introduction de l'instrument pour opérer la section, qui semble réussir cette fois ; car l'animal reste dans la position indiquée plus haut.

Après avoir décrit sommairement la distribution des différens nerfs qui se portent à la langue, il insiste sur la position du nerf glosso-pharyngien à la sortie du crâne ; sur ses nombreuses communications avec les nerfs voisins, et sur un renflement très-notable qu'il présente. Quoique tous les anatomistes n'en aient pas fait mention, ce renflement est surtout prononcé chez plusieurs animaux.

Dans toute cette distribution, on ne voit pas que la distribution du lingual, du glosso-pharyngien, et encore moins de l'hypoglosse, aillent se rendre dans le palais ; tandis que la cinquième paire lui envoie des filets qui lui communiquent la sensibilité générale.

On est généralement d'accord sur les propriétés de l'hypoglosse, qui va se distribuer dans les muscles, et qui n'est qu'un nerf du mouvement. M. Panizza vient de répéter une série d'expériences qui l'ont amené à conclure que le nerf glosso-pharyngien est le nerf propre du goût. Nous ne partageons pas cette opinion ; mais comme il ne s'agit pas de la réfuter en émettant une opinion contraire, nous ferons des expériences pour confirmer ou infirmer les idées de ce physiologiste.

Un de nos élèves, M. Guyot, a fait, il y a quelques années, des expériences qui consistaient à envelopper l'extrémité de la langue avec un petit sac de taffetas gommé, et à placer vers le milieu des corps très-sapides ; ceux-ci se trouvaient en contact avec le palais, et ne donnaient aucune idée de leur nature. Ceci détruit l'opinion vulgaire qui établit le siége de la sensation la plus exquise dans le palais ; ces expériences ont prouvé au contraire qu'il ne sentait presque pas, et même que la sensation du goût y était nulle.

Ayant placé du sel et de l'acide acétique sur la langue du lapin chez lequel la section de la cinquième paire avait été pratiquée des deux côtés, et comparativement sur un lapin sain, le premier ne donna aucun signe de sensation, tandis que le deuxième poussa des cris, et manifesta par ses mouvemens combien il était sensible à l'action de cet acide, qui agit d'une manière si vive sur les lapins, qu'il suffit de leur faire avaler une petite cuillerée de vinaigre pour les tuer.

En terminant, M. Magendie raconte le fait d'un individu qui avait une paralysie des mouvemens de la langue, qui était même atrophiée, et la sensibilité de

cet organe était restée intacte. On trouva à sa mort qu'un kyste avait détruit presque entièrement les nerfs hypoglosse et glosso-pharyngien, preuve que le nerf lingual, qui naît de la cinquième paire, est le nerf de la sensibilité de la langue.

(Vingt-quatrième leçon, 9 mars.)

M. Magendie fait l'examen de l'organe cérébro-spinal d'une jeune fille nymphomane, qui est morte dans son service à l'Hôtel-Dieu. Ce cas est curieux en ce qu'il est, dit M. Magendie, le seul peut-être, dans la science; car il n'y a pas d'exemple de jeune fille qui soit devenue nymphomane avant la puberté.

Cette jeune fille, âgée de 12 à 13 ans, était depuis longtemps l'opprobre de sa famille et de son quartier par le dérèglement de ses mœurs; elle courait après tous les hommes, se livrait à la masturbation sans se cacher et disait très-volontiers le matin, à qui voulait l'entendre, si elle avait ou non été sage pendant la nuit. Du reste, elle était assez gentille de caractère et de manières, et même assez spirituelle. Elle est morte à la suite de tous les symptômes d'une compression du cerveau.

Le cadavre, ouvert 48 heures après la mort, a présenté les symptômes suivans:

Le liquide rachidien, dont la quantité est de deux ou trois gros environ, a été recueilli dans une bouteille: il est séreux de consistance, jaunâtre de couleur, et non pas limpide et transparent comme il doit être. M. Magendie affirme qu'il va retrouver les traces de cette altération dans le système nerveux, et, selon lui, elle est la confirmation de l'importance qu'il attache pour la santé, à la présence intacte de ce liquide. Il fait effectivement remarquer une couche albumineuse et puriforme dans toute l'étendue du canal rachidien entre la pie-mère et l'arachnoïde, et à cette occasion, il dit que pour la plupart des cliniciens, ce serait tout simplement une arachnitis; tandis qu'en faisant bien attention, on voit une altération spéciale de la pie-mère et non une inflammation de l'arachnoïde.

M. Magendie pense donc qu'il n'en est pas ainsi qu'on l'a consigné par un mémoire dans lequel il est dit qu'il se forme des fausses membranes entre les feuillets de l'arachnoïde, et que l'auteur de ce mémoire s'est trompé; que du reste, c'est une faute d'inattention qui échappe à tout le monde, et qu'il faut regarder d'une manière bien attentive pour reconnaître le siége précis de cette altération du liquide rachidien dont la consistance forme souvent des fausses membranes. En cela, ajoute M. Magendie, nous sommes plus avancés que les pathologistes avec leur inflammation qui n'explique pas toujours la mort; car, ainsi qu'il a été prouvé par des expériences physiologiques, il est facile de reconnaître qu'une altération quelconque du liquide rachidien produit constamment la cessation de la vie, et presqu'instantanément. Il y a une matière purulente très-épaisse et sous forme de couche qui couvre les surfaces externes et internes du cerveau; il fait remarquer qu'à l'intérieur le crâne offre plus de développement du côté gauche que du droit.

La région du cervelet est peu développée, ce qui ne se trouve pas en rapport avec la doctrine de Gall. Cependant l'occipital est très-mince dans tous les points qui correspondent au cervelet. M. Magendie ne nie pas qu'il puisse exister quelque rapport d'action entre le cervelet et les parties génitales, quoiqu'on ne doive pas conclure nécessairement de la coïncidence d'altérations maladives de la substance du cervelet avec l'excitation des organes de la génération qu'il y ait un rapport d'action constant entre ces deux parties.

Il fait remarquer aussi que toute la masse du cerveau offre un assez grand développement: ces parties seront pesées. Du pus est épanché à la face interne des hémisphères cérébraux et sur les faces supérieure et inférieure du cervelet dont le volume n'est pas extraordinaire.

La substance du cerveau et du cervelet est compacte et assez injectée. Il y a très-peu de liquide dans les ventricules et sous l'arachnoïde.

Les organes de la génération sont rouges, injectés, mais n'offrent d'ailleurs rien à noter. La membrane hymen est intacte; le clitoris n'a qu'un volume ordinaire. Les ovaires, un peu plus développés, offrent quelques vésicules. Peut-on regarder cet état comme la cause du penchant précoce que cette petite fille présentait pour les hommes? On ne pourrait l'avancer que si l'on possédait un grand nombre d'observations analogues.

Ensuite, il présente un Polonais qui, à l'une des dernières guerres, a été renversé par le vent d'un boulet qui ne l'a pas touché, mais qui a tué un de ses camarades à côté de lui. Ce jeune homme s'est relevé complétement sourd, au point de ne pas entendre un coup de fusil tiré à ses oreilles, complétement muet; la vue a été troublée, mais momentanément; l'odorat existe encore, mais la sensation du goût sur la langue et le palais n'existe plus. D'où M. Magendie conclut qu'il y a paralysie des nerfs de la voix, mais non de ceux de la glotte; qu'il existe une affection partielle du nerf de la cinquième paire; que le nerf de la huitième paire est paralysé des deux côtés, ainsi qu'une portion de la neuvième paire.

La cause de la paralysie de chacun des sens que nous venons de signaler s'expliquant très-bien, continue M. Magendie, par la connaissance que nous avons de chacun des nerfs qui y aboutissent, j'ai tenté la galvanopuncture au moyen d'aiguilles de platine que j'ai dirigées sur la branche sous-orbitaire; mais ayant eu des convulsions excessives de l'œil, j'ai été obligé de cesser; j'y reviendrai plus tard. J'ai porté aussi une de mes aiguilles sur la branche maxillaire inférieure, et la langue qui, nous avions oublié de le signaler, est paralysée chez ce jeune homme à ce point de rester comme fixée, attachée dans la bouche, a éprouvé des mouvemens convulsifs assez forts. Nous recommencerons ce traitement; qu'il nous suffise de savoir sur quels nerfs

nous devons agir et de préjuger son effet sinon sûrement consécutif, au moins primitif dans une lésion de ce genre.

Quant à cette lésion en elle-même, elle s'explique d'autant mieux que la cause peut se rapprocher plus immédiatement des nerfs qui sont paralysés. En effet, le boulet a passé près de la partie postérieure de la tête, et c'est précisément vers ce point que se trouve l'origine des nerfs de la huitième et neuvième paires de nerfs.

PATHOLOGIE INTERNE.

Cours de M. Andral.

Leçons sur les maladies des centres nerveux; recueillies par M. Malherbe.

(Suite du numéro précédent.)

Atrophie des centres nerveux.

L'athrophie peut, comme nous l'avons dit déjà, n'être pas complète, et les parties encéphaliques n'avoir pas un développement parfait. Cette sorte d'atrophie peut aussi être générale ou partielle.

1° *Atrophie générale.* — Un individu en a fourni un exemple, et n'a présenté d'autres phénomènes que ceux de l'épilepsie, cas en opposition avec celui dans lequel l'épilepsie coïncide avec une hypertrophie des mêmes organes.

2° *Atrophie partielle.*—Elle peut se borner d'un côté à quelques circonvolutions qui sont alors dures, comme flétries, ridées, ratatinées; d'autres fois ce sont d'autres parties plus profondément situées qui s'atrophient. Les parties blanches peuvent être le siége de l'affection, sans offrir toujours des phénomènes morbides appréciables.

On pense bien que dans ces cas, on remarquera quelquefois le contraire de ce qui se voit assez souvent dans l'hypertrophie, c'est-à-dire qu'il y aura affaissement du crâne.

La paralysie du côté opposé à celui qui est le siége de la maladie, pourra dans certains cas se remarquer, de même qu'une intelligence obtuse.

Les corps striés, le corps calleux sont susceptibles d'atrophie. On ne connaît pas d'exemples d'atrophie de la voûte à trois piliers.

La glande pinéale a été quelquefois trouvée très-petite, et il n'y avait pas eu de phénomènes qu'on pût rattacher à son peu de développement. On a cependant voulu dire que son atrophie avait coïncidé avec l'idiotisme.

Un cas d'atrophie de la protubérance annulaire a été rencontré, et on a noté qu'il y avait aussi une même affection de la pyramide antérieure gauche, et que toutes les autres parties de l'encéphale étaient dans leur état d'intégrité normale. L'altération de ces parties avait donné lieu à une hémiplégie, à un mutisme complet, malgré la parfaite mobilité qu'avait conservée la langue : l'intelligence n'avait pas souffert (M. Cruveilhier).

Le cerveau, comme on le sait, diminue de volume en proportion de l'âge avancé; et c'est une remarque bonne à faire, car dans ce cas la pie-mère se remplit d'une sérosité plus ou moins abondante. Le cervelet, par une singulière opposition, n'est pas soumis à la même loi. Suivant le docteur Desmoulins, la pesanteur du cerveau d'un vieillard de plus de 70 ans perd d'un vingtième en comparaison de celui d'un adulte.

Atrophie du cervelet.

L'atrophie du cervelet peut être une véritable agénésie, ce qui ne s'est observé qu'une fois sans qu'il y eût en même temps défaut primitif d'autres parties. D'un autre côté, cette maladie peut n'être que l'effet d'un développement imparfait.

On a vu, dans un cas d'absence simultanée du pont de Varole, l'espace qu'occupe ordinairement le cervelet rempli par de la sérosité. Une jeune fille de 11 ans, morte à la Charité, en fut un exemple : sa vie n'avait pas été troublée d'abord. On constata l'obtusion de l'intelligence, un état taciturne, sombre, etc., une faiblesse croissante des membres inférieurs. La malade fut à la fin forcée de garder le lit; le décubitus était dorsal; des convulsions épileptiformes se manifestèrent par intervalle, et à l'une d'elles succéda la mort.

Le sentiment, les sens spéciaux n'avaient rien offert de bien particulier; bien que la digestion se fît facilement, l'enfant était cependant chétive; les organes génitaux étaient bien conformés, et, chose digne d'attention, il y avait penchant à la masturbation.

Le cervelet peut être diminué de volume dans sa totalité, comme on l'a vu chez un individu; cet état pouvait s'apprécier par la surface externe des parties osseuses correspondantes. Les organes génitaux avaient acquis un développement peu considérable.

Un seul lobe du cervelet peut être atrophié, et le testicule du côté opposé être dans le même cas. Le docteur Gall en a cité des exemples, sans parler de ce qui a rapport à l'intelligence.

L'atrophie du cervelet a pu être rapportée quelquefois à la compression qu'exerçaient sur lui certaines tumeurs, et qui provoquaient des troubles analogues à ceux déjà cités; c'est ce qu'on a vérifié une fois.

La castration, selon Gall, n'est pas sans influence sur le volume en plus ou en moins du cervelet.

Sur trois cas d'atrophie du cervelet avec même lésion d'une moitié latérale du cerveau, une fois l'épilepsie fut caractéristique. Ce phénomène ne doit-il pas plutôt être rapporté à l'altération du cerveau?

Avec un moindre développement du cervelet ou d'un de ses lobes, s'est vue l'hypertrophie de la moelle épinière. L'exaltation de la sensibilité était alors générale

dans toute l'étendue de la peau, mais surtout à la plante des pieds, qu'on ne pouvait toucher sans y déterminer des douleurs vives.

Atrophie de la moelle épinière.

Comme celle du cerveau et du cervelet, elle peut être complète (amyélie), et la vie extrà-utérine sera nulle. Dans ce cas on a pu remarquer des états différens de la colonne vertébrale ; savoir, l'absence plus ou moins parfaite de ses parois osseuses, ou leur excessive augmentation, ou encore leur développement normal.

La moelle épinière est susceptible de bien des degrés dans l'imperfection de son accroissement. Ainsi, on l'a trouvée avec intersection, avec un canal ou même deux dans son intérieur. La substance grise a pu encore manquer ou exister seule, et il est à noter que dans pareilles circonstances les nerfs étaient intacts ; c'est l'atélomyélie.

L'atrophie de la moelle rachidienne peut consister dans une simple diminution, soit générale, soit partielle.

Quand elle est générale, on la reconnaît facilement sur le cadavre ; il n'en est pas toujours de même quand elle est peu étendue.

Le bulbe rachidien peut être la partie seule affectée. M. Cruveilhier, qui a fait cette observation, dit que, dans un cas de ce genre coïncidant avec l'induration de la même partie, le bulbe était converti en substance grise, et que c'étaient les seules lésions remarquables dans la substance cérébrale. Les phénomènes qui se rattachèrent à cette maladie furent une grande difficulté dans l'exercice de la parole ; l'embarras toujours croissant de la respiration et de la déglutition, et la mort par asphyxie. L'intelligence s'était conservée.

En général, l'atrophie de la moelle épinière cause une paralysie dont l'intensité augmente de plus en plus.

Traitement.—Son impuissance est malheureusement trop avérée. Les centres nerveux, quelle que soit la perfection de leur volume, sont sujets à d'autres maladies que celles qui viennent de nous occuper. Ils peuvent être atteints de ramollissement ou d'induration.

N° 33. — 17 MARS.

PATHOLOGIE INTERNE.

Cours de M. ANDRAL.

Leçons sur les maladies des centres nerveux; recueillies par M. MALHERBE.

(Suite du numéro précédent.)

3e Ordre. *Ramollissement des centres nerveux.*

Qu'il reconnaisse ou non pour cause l'inflammation, l'encéphalite, etc., il doit être traité à part.

Caractères anatomiques. — La pulpe nerveuse est ramollie et a conservé sa forme ; dans d'autres cas elle est transformée en bouillie, soluble pour ainsi dire dans l'eau qui s'en charge et prend une couleur lactescente.

Quelquefois, par suite de cette altération, elle peut disparaître, et les membranes rester seules mêlées à une sérosité trouble. Ces trames membraneuses peuvent elles mêmes disparaître.

En même temps que la substance cérébrale offre dans sa consistance une diminution plus ou moins grande, elle peut être infiltrée de sérosité, injectée de sang, renfermer dans son intérieur un épanchement sanguin, ou même une collection de pus qui peut encore s'y rencontrer à l'état d'infiltration ; elle peut être décolorée, pâle, anémiée.

Causes. — Tous ces cas que nous venons d'indiquer ne sauraient être attribués à une même cause : il y a entre les effets trop de différence. Que l'on admette comme agent du ramollissement un trouble de la nutrition consistant dans un dépôt de liquides au lieu de parties plus consistantes ; que l'on fasse intervenir l'inflammation comme produisant un même résultat, c'est-à-dire, le ramollissement, assurément on aura raison ; mais dira-t-on que ce sont là les seules causes ? Ce serait une assertion fausse ; il faut le dire, la maladie dont nous traitons reconnaît d'autres causes, et ces causes nous échappent. La science est en retard sous ce rapport.

Le ramollissement de la substance nerveuse a été constaté dans toutes les périodes de la vie, depuis la première enfance jusqu'à la vieillesse la plus avancée. Il est cependant de remarque que cette maladie est plus fréquente chez les vieillards. (*Voir* les différentes statistiques données par MM. Andral, Rostan, Bouillaud, etc.)

Siége. — Le ramollissement peut avoir lieu dans les parties contenues dans le crâne ou dans le prolongement rachidien : il est général ou partiel. Le plus souvent il existe à ce dernier état : aussi les hémisphères cérébraux, le cervelet, le mésocéphale, etc., en seront isolément atteints.

Cette maladie peut, respectant les circonvolutions, attaquer de prime-abord les parties internes de la masse nerveuse : il est des cas en effet où l'on voit ramollie la couche la plus interne de celles qui forment les parois des ventricules latéraux ; et de même, les cornes d'Ammon. Le septum lucidum, le corps calleux peuvent être simultanément ramolis, mais le septum lucidum et la voûte à trois piliers le sont plus fréquemment que le corps calleux.

La moelle épinière n'est pas exempte de cette affection ; elle peut en être frappée en tout ou en partie. La bande antérieure sera, si l'on veut, seule lésée dans des cas ; dans d'autres ce sera l'inverse.

Symptômes. — Ils varient suivant le siége et l'intensité de la maladie. Il est donc bon de l'étudier dans chacune des parties que nous avons signalées.

1° *Ramollissement du cerveau.*

Lorsque les hémisphères cérébraux sont le siége du ramollissement, il se manifeste des troubles divers.

Du côté de l'intelligence. — Elle éprouvera des changemens : dans l'invasion de la maladie elle s'affaiblit, devient presque nulle pour tantôt s'affaiblir, et tantôt rester continuellement obtuse. On a observé quelquefois un véritable délire, c'est dans le cas où il y a complication de méningite.

Troubles du mouvement. — Sa lésion est assez constante. Il est altéré d'une manière lente et graduelle, ou bien subitement. Ainsi, des malades éprouvent d'abord un affaiblissement progressif et enfin une paralysie véritable, qui, chez d'autres individus, se prononcera tout d'un coup, sans autres phénomènes précurseurs. Quand à cette paralysie se joignent des convulsions, des contractures alternatives, on doit non-seulement croire à l'existence d'un ramollissement, mais encore à celle d'une hémorrhagie. Ces contractures se remarquent dans diverses parties : tantôt c'est dans un seul membre, tantôt dans deux; tantôt enfin dans les quatre. Les doigts, les orteils, etc., peuvent aussi en être le siége exclusif. Mais il est des cas dans lesquels les accidens sont plus généraux ; tels sont ceux où les convulsions portent sur toutes les parties qui en sont susceptibles, où se déclarent des accès d'épilepsie, de catalepsie, de tétanos. Disons cependant que le mouvement peut, très-rarement, il est vrai, ne subir aucun trouble marqué dans certains cas de ramollissement.

Lésions de la sensibilité. — Le plus communément elles consistent dans une céphalalgie dont le siége varie : quelquefois le rapport de correspondance entre le point malade et celui qui est douloureux, frappe d'une sorte d'étonnement tant ce rapport est exact. Il s'en faut beaucoup que ce fait soit constant. La céphalalgie est encore variable dans son intensité, dans son état de permanence, de durée ; elle suit parfois une marche presque ou même périodique : tantôt elle est un symptôme précurseur qui cesse avant la fin de la maladie, tantôt elle l'accompagne durant tout son cours.

Les troubles du sentiment marchent dans des cas conjointement avec ceux du mouvement. Il peut y avoir exaltation de la sensibilité avec douleurs qui parcourent le trajet des gros troncs nerveux ; des crampes peuvent aussi se manifester. Heureux les malades qui peuvent résister à la gravité de pareils accidens et parcourir, sans succomber, les diverses périodes de la maladie!

Les sens subissent encore des modifications plus ou moins remarquables.

La digestion et la circulation peuvent rester intactes. Chez quelques sujets, le pouls s'accélère : la respiration, quand l'altération est peu étendue, se conserve parfois la même; mais si la maladie fait des progrès, la difficulté de respirer arrive, elle va croissante ; il y a sterteur, et l'asphyxie vient terminer la vie des individus.

Il ne faut pas croire que tous les symptômes dont nous venons de faire l'histoire, se groupent toujours de la sorte ; leur apparition est ordinairement en rapport avec la forme de la maladie.

Une première forme, assez rare du reste, s'annonce par une perte subite de connaissance avec une simple hémiplégie, et il est alors difficile de distinguer un ramollissement cérébral d'avec une hémorrhagie de même nom.

Une deuxième se caractérise encore par une perte subite de connaissance, mais accompagnée de contractures qui facilitent déjà le diagnostic. Dans une troisième se surajoutent des convulsions. Dans une quatrième, l'intelligence est sauve, mais le mouvement est modifié de telle sorte, qu'il y a paralysie ou contracture. Une cinquième n'offre rien du côté de l'intelligence, et le mouvement est frappé d'un trouble qui va croissant et rend le diagnostic facile. Il y a enfin une sixième forme dans laquelle le ramollissement se fait sans symptômes extérieurs appréciables ; il a une marche latente. C'est, au reste, une exception rare.

Durée et terminaison. — Quelle que soit la forme à laquelle se rattache la maladie, la terminaison la plus constante est la mort, qui peut survenir au bout de quelques heures ou après plusieurs mois. M. Lallemand a posé que le mode de guérison du ramollissement du cerveau était l'induration.

COLLÉGE DE FRANCE.

Cours de physiologie expérimentale de M. Magendie

(Vingt-cinquième leçon, 12 mars.)

Du nerf de la huitième paire, ou pneumo-gastrique.

Après le nerf de la cinquième paire, il n'en est pas qui présente une organisation plus remarquable. Ce nerf joue un grand rôle dans les fonctions du larynx, des poumons, de l'œsophage, de l'estomac.

Distribution. — Ils viennent des parties supérieures et latérales de la moelle épinière dans le sillon qui sépare les éminences olivaires des corps restiformes par une rangée de filets qui se réunissent sous forme d'un cordon arrondi à leur sortie du crâne.

Dans le trou déchiré, il s'anastomose avec le nerf spinal ; en en sortant il communique avec le nerf glosso-pharyngien, donne les rameaux pharyngiens, laryngé supérieur, fournit les rameaux cardiaques, qui vont se porter dans les plexus nerveux du cœur.

Il fournit ensuite les nerfs laryngés inférieurs, ou récurrens.

Ce nerf donne une partie des filets qui constituent les plexus si complexes et si irréguliers qui se rendent aux poumons. Après s'être écartés les uns des autres, au niveau des plexus pulmonaire, les différens filets des nerfs pneumo-gastriques se réunissent de nouveau, et forment deux cordons que l'on nomme œsophagiens. Ceux-ci communiquent souvent entre eux, et enveloppent l'œsophage dans un lacis de filets ; puis, pénétrant dans l'abdomen par l'ouverture œsophagienne du diaphragme, ils vont se répandre sur les deux faces de l'estomac, et envoient des filets aux plexus hépatique, splénique, cœliaque et gastro-épiploïque droit, etc.

Il s'agit de constater aujourd'hui quelle part ce nerf a dans la sensibilité des diverses parties auxquelles il se distribue. Examinons-le d'abord au larynx.

Les animaux, de même que l'homme, présentent une sensibilité très-vive de l'entrée du larynx. Pour en montrer le degré, M. Magendie met à découvert la trachée sur un jeune chien. Il l'ouvre au-dessous du larynx par une section de trois ou quatre de ses anneaux.

Aussitôt l'animal, qui poussait des cris pendant cette opération, présente une extinction presque complète de la voix, qui résulte de la nouvelle direction que prend l'air expiré à travers cette ouverture, au lieu de passer par la glotte. Du sang provenant de la section de veines placées au-devant de la trachée, pénètre dans les voies aériennes et détermine un trouble qui empêche de bien vérifier l'état de la sensibilité dans les divers points de l'étendue de la trachée, dans la cavité du larynx et à l'ouverture de la glotte. La connaissance de ce fait étant importante pour la pratique de la médecine et de la chirurgie, le professeur recommence l'expérience sur un autre chien beaucoup plus fort.

Portant un stylet de bas en haut jusqu'à la glotte, l'animal tousse vivement et fait un mouvement de déglutition. Porté en sens opposé, et poussé avec force contre les parois de la trachée et des bronches, il ne provoque aucun signe de sensibilité; c'est en effet ce qu'on observe chez les malades lorsqu'une sonde introduite par maladresse dans la trachée au lieu de l'œsophage, porte les liquides dans les bronches.

Pressant le nerf récurrent avec une pince, et portant en même temps un stylet vers l'ouverture de la glotte, l'animal donne des marques de sensibilité; il en est de même après la section de ce nerf. Cette expérience avait été faite pour s'assurer de l'influence des nerfs du larynx sur la production des sons, et non dans le but de vérifier si la sensibilité persiste après leur section. Le récurrent est coupé de l'autre côté, puis les deux laryngés supérieurs.

L'ouverture de la trachée est toujours tenue béante, afin d'empêcher l'asphyxie. Un stylet est introduit de nouveau, et porté sur la glotte. L'animal n'éprouve plus de sensation.

La section des deux récurrens n'avait pas aboli la sensibilité, qui disparut complétement lorsqu'on eût coupé les deux laryngés supérieurs, ce qui porterait à conclure que ces deux derniers nerfs président à la sensibilité du larynx.

N° 34. — 19 MARS.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

Clinique de M. LISFRANC.

Traitement des tumeurs blanches à l'état chronique.

On a conseillé l'iode à l'intérieur. Ce médicament peut avoir des avantages, mais il faut surveiller son action sur le canal intestinal, qui peut s'enflammer, sur le système glandulaire, qui s'atrophie sous son influence prolongée. Employé localement, l'iode jouit des propriétés excitantes; c'est parce qu'on n'a pas toujours bien distingué l'état aigu de l'état chronique, dans les tumeurs blanches et dans tous les engorgemens en général, qu'on la vu produire des explosions inflammatoires qui ont compromis les jours du malade, ou au moins la conservation du membre. La pommade d'hydriodate de potasse ne convient véritablement que dans les engorgemens à l'état chronique.

Les eaux thermales sont très-souvent conseillées aux malades; mais c'est encore un moyen dont on abuse beaucoup. Il est facile de s'en convaincre quand on lit les observations publiées sur ce point. On se contente d'indiquer que l'usage des eaux thermales a guéri un certain nombre de tumeurs blanches, en a amendé un certain nombre; et a été sans effet sur un certain nombre. On n'indique nullement quelles différences ces tumeurs blanches présentaient sous le rapport de leurs symptômes. Aussi voit-on beaucoup de personnes revenir sans que leurs tumeurs blanches aient été améliorées. Il en est même beaucoup qui reviennent plus malades qu'avant.

Les eaux thermales ne peuvent en effet convenir dans tous les cas : elles sont excitantes; et dans les tumeurs blanches à l'état aigu, elles ne feraient qu'exaspérer le mal. Au contraire, à l'état chronique, leurs effets peuvent être très-avantageux. Il faut savoir en suspendre l'emploi quand l'effet produit dépasse un léger degré d'excitation, et quand l'état aigu remplace l'état chronique.

Nous insistons sur ces principes, qui s'appliquent à presque toutes les maladies chroniques que les eaux exaspèrent si souvent, et rendent si souvent incurables parce qu'on ne sait pas saisir les indications.

Les douches. — La douche est un médicament excitant; elle percute le point sur lequel elle agit et y exerce une espèce de massage.

Or, si la tumeur blanche est à l'état aigu, il est évident que le plus souvent l'inflammation sera augmentée, et que la douche fera plus de mal que de bien. En conséquence, ce moyen ne convient que pour l'état chronique.

Il y a des douches simples liquides, des douches simples de vapeur; il y a des douches médicamenteuses, et parmi celles-ci les douches d'eau sulfureuses sont les plus employées.

Les douches varient encore suivant le mode d'administration; ainsi, il y en a de descendantes, d'ascendantes, d'horizontales. Ces dernières sont moins actives que les douches descendantes, mais elles le sont plus que les douches ascendantes. Les douches en arrosoir sont aussi moins actives que les douches à jet unique. On peut ensuite donner les douches à différentes hauteurs, suivant l'excitation plus ou moins forte que l'on veut produire.

Etudions maintenant les effets de la douche; car c'est un point essentiel à connaître en thérapeutique. D'abord, la douche peut être sans aucun effet; et si, après l'avoir

continuée huit jours elle reste encore sans effet, il faut la rendre plus active. Mais dans d'autres circonstances la douche produit la rubéfaction de la peau et augmente le volume de la tumeur de quelques lignes, soit parce que le liquide de la douche a été absorbé, soit parce qu'il s'est fait dans la tumeur un afflux de liquides; avec cela la peau est chaude, et souvent même la tumeur devient douloureuse. Si ces phénomènes diminuent et disparaissent après une demi-heure ou une heure, le praticien doit s'en applaudir et continuer l'usage des douches. Si, au contraire, l'excitation produite se prolonge pendant toute la journée et jusque dans la nuit, il faut bien se garder de renouveler la douche le lendemain et même le surlendemain; car il pourrait en résulter des accidens inflammatoires difficiles ensuite à maîtriser. Dans ce cas là on suspend donc l'usage des douches pour le reprendre plus tard si les circonstances paraissent plus favorables. D'ailleurs, on emploie souvent en même temps la compression, qui est appliquée, non pas immédiatement après la douche, mais quelques heures plus tard; le soir par exemple, quand la douche est donnée le matin.

Enfin, les douches peuvent cesser d'avoir des effets avantageux, parce que l'économie s'y habitue; c'est alors qu'il faut les suspendre, leur substituer d'autres moyens pour y revenir plus tard quand les conditions paraissent favorables.

Il ne faut pas omettre de dire qu'on donne ordinairement la douche de deux jours l'un: on la fait prendre ensuite tous les jours.

On a conseillé dans le traitement des tumeurs blanches, les liniments ammoniacaux; nous rejetons ces moyens comme irritans et nuisibles dans les cas de tumeurs blanches à l'état aigu. Ce n'est donc que lorsque la maladie est chronique que l'on peut y avoir recours; encore sont-ils le plus souvent impuissans et infidèles; nous nous en sommes très-souvent assuré : aussi y avons-nous presque entièrement renoncé, malgré la grande confiance qu'avait en eux un chirurgien de Paris, qui a toujours moins brillé par ses connaissances médicales que par son esprit d'intrigue. Si toutefois leur usage déterminait une excitation trop forte, ce qui est très-rare, on les suspendrait, et si besoin était, on les remplacerait par les antiphlogistiques.

Le mercure est employé à la dose de 2 ou 3 gros par jour en frictions, sans avoir toutefois l'intention de produire la salivation, comme l'indique la méthode dont nous venons de nous occuper. Un grand nombre de praticiens le mettent en usage; il est indispensable d'examiner la question qui s'est élevée sur les propriétés thérapeutiques de ce médicament : est-ce un excitant ou un antiphlogistique? Nous allons vous exposer les faits.

Employé dans certains cas de péritonite à l'état aigu, il a produit d'excellens effets : est-ce comme antiphlogistique qu'il a agi, ou comme possédant quelqu'autre propriété? D'autre part, et cela s'observe dans les affections vénériennes aiguës, l'administration du mercure augmente sensiblement la gravité des symptômes : un ulcère, un chancre accompagnés d'inflammation très-aiguë, croissent évidemment, si l'individu qui en est porteur est soumis à un traitement mercuriel soit local, soit général.

Les frictions mercurielles réussissent fort bien contre les érysipèles; vous avez vu dans mes salles beaucoup de guérisons qui viennent déposer en faveur de cette méthode due à M. Ricord.

Mais on a prouvé en Allemagne, que l'axonge simple en onction réussissait également bien contre l'érysipèle; nous avons essayé ce moyen dont nous avons démontré l'efficacité. Le mercure n'est donc pas plus doué de propriété antiphlogistique que l'axonge pure : je dis en passant qu'elle doit lui être préférable. Son emploi n'a point à lutter contre les idées que le monde attache à l'usage du mercure. L'axonge n'expose pas à la salivation que nous avons observée quelquefois et que vous avez observée sur une femme couchée au numéro 17 de la salle Saint-Augustin, chez laquelle existait un érysipèle à la jambe.

Si vous considérez le mercure comme antiphlogistique, vous l'emploierez contre les tumeurs blanches à l'état aigu : dans l'état actuel de la science, cette opinion peut être soutenue. Pour moi, je suis disposé à croire que le mercure est un excitant; je ne le mets en usage que dans l'état chronique. Il est bien entendu que les règles que nous avons établies pour l'emploi des excitans en général s'appliquent à celui-ci.

Après les moyens thérapeutiques déjà énumérés, vient la pommade d'hydriodate de potasse, et les différens composés d'iode et de plomb, auxquels on fait jouer un si grand rôle dans le traitement des engorgemens.

Les auteurs ont conseillé ces médicamens sans poser les indications; peut-être ne les connaissaient-ils pas? Il est cependant de la plus haute importance de savoir manier ces agens thérapeutiques qui sont très-excitans; vous en avez eu la preuve chez un malade de nos salles; nous ne l'avions soumis aux frictions d'hydriodate de potasse qu'après avoir, à l'aide des sangsues et des cataplasmes émolliens, vaincu complétement la douleur, la chaleur et les autres symptômes d'inflammation qui révélaient l'état aigu. Malgré cette conduite toute rationnelle, l'hydriodate de potasse a reproduit la douleur et nous avons été obligé de la suspendre pour revenir aux antiphlogistiques. Que ne serait-il pas arrivé, si le médicament avait été mis en usage lorsqu'il y avait douleur et augmentation de chaleur.

Voilà qui est très-important; car quand un engorgement est pris d'une sub-inflammation, les excitans employés alors l'augmentent, hâtent ainsi l'altération et la dégénérescence des tissus, et amènent la nécessité d'une opération, ce que nous voulons surtout éviter.

Cette pommade est employée à la dose d'un quart de gros par jour. Chez les femmes qui ont la peau en général plus délicate, les frictions seront légèrement faites; sans cette précaution, elles produiraient presque nécessairement des boutons: s'il en survient, il ne faut jamais appliquer le médicament sur eux : il peut arriver

un moment où cette pommade ne produise plus aucun effet; il faut se garder d'accuser le remède d'inefficacité. Ne voit-on pas souvent le mercure ne plus agir sur les individus dont la constitution en a été saturée en quelque sorte; il en est de même pour l'hydriodate : il faut alors le suspendre pour revenir à lui plus tard, quand le malade s'en est deshabitué.

Enfin, comme il est prouvé en physique qu'on atteint plus facilement un but avec deux forces qui combinent leur action, qu'avec une seule; de même on réussira plus promptement si on a soin de faire agir, d'accord avec la friction, la compression faite d'après la règle que nous avons posée.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU.

M. Chomel professeur.

Ramollissement du cerveau, pris au début pour une affection typhoïde ; plus tard hémiplégie gauche ; mort; ramollissement du corps calleux.

Au n° 11 de la salle Saint-Lazare a succombé, le 13 mars, une jeune fille de 19 ans, qui, admise à la clinique quelques jours auparavant, présentait une céphalalgie intense, avec strabisme, prostration des forces, fièvre. Plusieurs épistaxis avaient eu lieu depuis le début de la maladie.

Pendant les premiers jours du séjour de la malade à l'hôpital, on conserve quelques doutes sur la nature de l'affection dont elle était atteinte. A raison de la céphalalgie, de la prostration des forces, du mouvement fébrile et des épistaxis, M. Chomel était porté à soupçonner une fièvre typhoïde. Un symptôme qui pouvait faire pencher vers une affection idiopathique de l'encéphale, c'était le strasbisme.

Ce signe n'eut pendant quelques jours qu'une valeur équivoque, la malade affirmant tantôt que ce phénomène était habituel chez elle, tantôt qu'il n'existait que depuis le début de sa maladie. Mais il ne tarda pas à se manifester de nouveaux accidens qui ne laissèrent aucune incertitude sur le siége de la maladie. Au strabisme se joignit la distorsion de la bouche, puis survint une paralysie des membres du côté gauche, et enfin le coma et la mort.

Tous ces symptômes se succédèrent sans qu'on observât, du côté du ventre, ni météorisme, ni gargouillement, ni taches lenticulaires, ni diarrhée. On s'attendait, d'après les phénomènes observés pendant la vie, à trouver une lésion de l'hémisphère droit du cerveau; mais la seule altération qu'on ait constatée à l'ouverture du cadavre, c'est un ramollissement blanc et diffluent du corps calleux. La diffluence n'était pas plus marquée à droite qu'à gauche; cette partie centrale était seule altérée; les hémisphères, tant dans leur portion médullaire que dans leur portion corticale, étaient intacts. Il est inutile d'ajouter que le canal intestinal exploré dans toute sa longueur, n'a offert ni gonflement, ni ulcération des follicules isolés ou agminés.

A raison du ramollissement complet du corps calleux, on a dû chercher à savoir si dans les derniers instans de la vie, la paralysie n'avait pas été générale. On a interrogé sur ce point la sœur hospitalière de la salle, qui dit avoir vu, pendant les treize heures qui ont précédé la mort, les quatre membres immobiles, mais qui n'a pas jugé nécessaire de les soulever, ainsi que le pratiquent les médecins pour s'assurer de l'existence de la paralysie. Ainsi l'hémiplégie gauche seulement a été constatée par le chef de service et par les élèves qui suivent la clinique.

Il est probable que le ramollissement du corps calleux a commencé par le côté droit, et que dans les derniers instans de la vie seulement la moitié gauche a été envahie par le ramollissement. Quant au strasbisme, il se retrouve dans la plupart des cas de ramollissement du corps calleux, rapportés par les auteurs.

N° 35. — 22 Mars.

Tableau statistique des accouchemens de l'hôpital de Guy (Angleterre), depuis le commencement d'octobre 1833 à 1835. (Extrait et traduit des rapports de l'hôpital de Guy, par le docteur Daniel Saint-Antoine.)

Cet hôpital est annuellement fréquenté par 3 à 4000 malades. Les salles spacieuses, entre autres l'une, contenant 23 lits pour hommes, l'autre 18 pour femmes, choisis parmi les sujets offrent les cas les plus intéressans pour l'instruction clinique. Il y a une salle spécialement ouverte aux femmes atteintes de maladies des organes génitaux.

Depuis le mois d'octobre 1833 à 1834, 173 femmes ont été délivrées.			
Enfans nés vivans,	74 sexe masc.	87 sexe fém.	161
morts.	9	4	13
	83	91	174
Sur ces 173 cas, il s'est présenté; cas de travail naturel : Présentation de la tête,		153	
de la face,		3	
			153
Cas de travail prématuré			2
Cas de travail prolongé :			
Délivrance avec levier,		1	
forceps,		3	
perforateur,		1	
seigle ergoté,		3	
			8
Cas de travail contre nature :			
Présentation des fesses,		1	
avec hémorrhagie,		1	
du bras,		1	
			3

Cas de travail double :		
Jumeaux,	1	
Présentation placent.,	2	
Placentas retenus,	3	
	——	5
		——
		173

Du 1er octobre 1834 au 1er octobre 1835 :

Nombre de femmes délivrées,			476	
d'enfans nés vivans,	444	235 sexe masc.	209 sexe fém.	
morts,	84.	16	18	
	——	——	——	
	478.	251	227	
Sur ces 476 cas, il s'est présenté; cas de travail naturel : Présentation de la tête,			421	
de la face,			5	
			——	426
Cas de travail prématuré,				10
Cas de travail prolongé,				
Délivrance avec forceps,			1	
par l'action du seigle ergoté,			1	
			——	7
Cas de travail contre nature :				
Présentation des fesses,			8	
des pieds,			2	
du bras,			1	
avec cordon,			1	
			——	12
Cas de travail double :				
Jumeaux,			3	
Avec typhus,			1	
				——
				459
Présentation placent.,			1	
Placentas retenus,			7	
			——	12
Cas de travail avec hémorrhagie,				8
Avortemens.				1
				——
				476
Malades délivrées depuis octobre 1833 à octobre, 1834,				173
				——
			Total,	649

Sur ces 649 cas, 30 enfans sont nés avec le cordon ombilical autour du cou.

106 fem.	1er accouch.	23 femmes,	9e accouch.
112	2e	11	10e
92	3e	9	11e
65	4e	8	12e
55	5e	3	13e
84	6e	2	15e
48	7e	1	16e
29	8e	1	20e

49 accouchemens en janvier.	67		septembre,
57	février. 29		octobre.
54	mars. 40		novembre.
51	avril. 59		décembre.
72	mai. ——		
59	août. 649		

Sur ces 649 cas,

1 était âgée de 17 ans.		29 âgées de	32 ans.
4	18	21	33
9	19	30	34
22	20	35	35
34 était âgée de 21 ans.		27 âgées de	36 ans.
29	22	10	37
37	23	19	38
35	24	13	39
33	25	17	40
37	26	2	41
31	27	9	42
49	28	5	43
24	29	2	44
58	30	1	45
20	31	1	46

De ces 47 enfans morts-nés, il en est résulté :

15 cas avec présentation de la tête.	2 du bras.
2 de la face.	1 du pied.
11 cas prématurés.	2 avec placenta.
2 cas d'application de forceps.	2 jumeaux.
1 perforation.	4 cas dans lesquels le seigle ergoté a été administré.
5 présent. des fesses.	
	——
	47

Des cas avec présentation de la face :

1 durée de 2 heures.		1	12
2	7	1	18
2	10	1	21
		——	
		8	

Des 10 cas avec présentation des fesses, 5 enfans sont nés vivans et 5 morts.

Des 2 cas jumeaux, 1 les enfans vivent; 1 mort.

Des deux cas jumeaux :

Dans 2 cas, présentation de la tête chez les deux enfans.
2 1 présentation de la tête, 1 présentation des pieds.
——
4

Dans 3 des 4 cas, deux fois les enfans étaient du sexe masculin; dans un cas, un enfant s'est trouvé être du sexe masculin, l'autre du sexe féminin; dans trois cas, les jumeaux ont vécu; dans un cas, les jumeaux sont nés morts.

Entrée à l'hôpital Guy des femmes qui ont été accouchées au dehors et qui ont reçu des soins à l'établissement depuis le 1er septembre ou 30 novembre 1835, inclusivement.

Avortement,	1
Aménorrhée,	16
Carcinôme de l'utérus,	11
Catarrhe de l'utérus,	1
Chlorose,	6
Maladie climatérique,	8
Induration de l'orifice et du col de l'utérus,	1
Inflammation, id., id.	1
Leucorrhée,	39
Ménorrhagie,	12
Super-lactation,	10
Paralysie de la vessie,	1
Procidence de l'utérus,	10

Suite de couches,	5
Dysménorrhée ;	1
Gonorrhée avec grossesse,	1
Hémathémèse, ab-aménorrhæâ,	1
Hémorrhoïdes,	1
Hydatides de l'utérus,	1
Hystérie,	14
Prolapsus de la vessie,	1
Syphilis,	3
Tumeurs du méat urinaire,	2
des ovaires,	2
du vagin,	1
Fistule vésico-vaginale,	2
Total,	157

Sur ces 157 femmes, 119 étaient mariées; 29 filles et 9 veuves ; 96 mariées ayant moins de 21 ans, 32 au-dessus de cet âge.

De ces unions, il est résulté 557 enfans : 256 du sexe masculin, 301 du sexe féminin. 48 femmes ont eu des fausses-couches. Le total des avortemens a été de 126.

37 de ces femmes étaient blondes, 120 brunes. Aménorrhée, 16 cas : 7 cas sur des femmes blondes, 9 sur des brunes.

Age des individus ainsi qu'il suit :

3	de l'âge de 15 ans.	1	de l'âge de 21 ans.
2	16	1	24
3	17	1	25
3	18	«	«
1	19	1	30

Des 11 cas de carcinômes de l'utérus :
10 se sont rencontrés sur des femmes mariées, 1 sur une fille. Trois étaient de complexion blonde, 8 brune. L'âge des individus, ainsi qu'il suit :

Une de 26 ans.	Une de 47 ans.
Une de 30	Une de 50
Une de 36	deux de 56
Une de 37	Une de 57
Une de 44	Une de 72

Leucorrhée, 39 cas. 9 sur des filles, 30 sur des femmes qui avaient été mariées : parmi elles, 24 avaient été mariées avant l'âge de 21 ans, et 6 ne l'étaient pas encore après cet âge ; 14 avaient eu des fausses-couches, 16 d'une complexion blonde, 23 brunes.

Ménorrhagie. Sur les 12 cas de ménorrhagie, 10 femmes étaient mariées, 2 ne l'étaient pas ; 6 avaient été mariées avant l'âge de 21 ans, et 4 après cet âge; 7 avaient eu des fausses-couches ; 6 étaient blondes ; 4 étaint brunes.

Super-lactation. La table suivante représente les cas de super-lactation. (Over-lactation).

Age.	Age à leur mariage.	Complex.	N. d'enfans.	N. de f.-couches
21	19	brune	2	«
22	19	brune	2	«
23	21	blonde	2	«
25	16	brune	2	3
28	15 1/2	blonde	5	2
34	17	brune	8	7
34	16	brune	9	«
37	22	brune	5	«
37	22	blonde	4	«
40	19	brune	13	«

HOPITAL MILITAIRE DU GROS CAILLOU.

Service de M. Poirson, chirurgien en chef.

Anus anormal ombilical; cautérisation avec la potasse caustique ; guérison.

Le nommé Cousot, jeune soldat du 1er léger, fut admis le 30 novembre dans la salle des fiévreux pour être traité d'une gastro-entérite aiguë. La maladie se termina par un petit abcès à l'ombilic (précisément dans la cicatrice ombilicale), dont l'ouverture laissa écouler de la matière purulente d'abord, puis de la matière stercorale. Cette dernière espèce d'écoulement persistant en grande quantité, le malade fut admis dans le service de chirurgie, et couché, le 10 février dernier, dans une des salles de M. Poirson.

Ce praticien a eu l'heureuse idée de cautériser profondément avec la potasse caustique la circonférence de l'ouverture accidentelle. Cette première opération ayant produit une diminution très-notable de la brèche et de l'écoulement, on a répété de la même manière la cautérisation.

Aujourd'hui, après ces deux seules cautérisations, le malade se trouve presque radicalement guéri de sa dégoûtante infirmité. Les bords de l'ouverture anale se sont tellement affaissés, et les bourgeons charnus déterminés par le caustique se sont tellement développés de toute part, que les matières fécales ont repris leur cours naturel ; ce qui reste à présent, c'est seulement un simple pertuis extrêmement fin, à peine perceptible, et ne laissant échapper que quelques gouttes de mucosité intestinale. L'usage de la pierre infernale dissipera probablement ce léger résidu de la maladie.

Cette observation nous paraît trop intéressante sous le double rapport pathologique et thérapeutique, pour que nous la laissions passer sans aucune réflexion.

D'abord, quel est la pathogénésie de cette perforation intestinale? Plusieurs hypothèses peuvent être admises. Une ulcération rougeante formée sous l'influence de la phlogose gastro-entérique (phlogose ulcérative de Hunter), a pu éroder excentriquement les tissus après ou pendant que des adhérences salutaires étaient établies ; ou bien un abcès a pu se former soit entre les tuniques de l'intestin, ainsi que cela arrive à la suite de la maturation d'un tubercule, soit dans l'épaisseur des parois du ventre, soit dans le tissu cellulaire extrapéritonéal, en s'étendant en même temps sur une portion d'intestin qui se trouverait en contact dans la même

région, et en le perforant, ainsi que cela s'observe souvent à l'intestin rectum pendant la formation des fistules rectales.

Quelle peut être la portion de l'intestin qui se trouve comprise dans le mal? La nature de la matière rendue par la brèche anormale aurait pu facilement résoudre cette question. Comme cependant nous n'avons pas vu le malade dans les premiers momens de son infirmité, nous ne pouvons nous prononcer. Nous ignorons d'ailleurs quelle est l'opinion de M. Poirson à cet égard. Il est probable néanmoins, selon nous, qu'il s'agissait ici plutôt de l'intestin grêle que du colon transverse.

Enfin, comment la cautérisation a-t-elle agi pour déterminer la suppression de l'écoulement et l'oblitération de l'ouverture accidentelle? Il est évident que cet anus contre nature différant beaucoup de celui qui a lieu à la suite d'une hernie (car il n'y a pas ici de sac herniaire ni d'éperon inter-anal), le caustique n'a pu agir, suivant nous, qu'en provoquant la formation de bourgeons qui ont oblitéré le trajet stercoral.

Il existait déjà dans les fastes de l'art un assez grand nombre de cas de la même difformité arrivés soit à la suite d'un abcès dans les environs de l'ombilic, surtout chez des femmes enceintes, soit à la suite de blessures pénétrantes de l'abdomen; mais nous ne connaissions pas jusqu'à présent d'exemple bien constaté de guérison par les secours très-simples de la chirurgie, comme dans l'observation ci-dessus. Nous étions même porté à croire, d'après Scarpa, que tout anus contre nature dépourvu des débris d'un sac herniaire était regardé comme incurable, à moins qu'on ne le soumît à la dangereuse opération de l'entéroraphie. Nous pensons que les bornes de ce point important de thérapeutique seraient réellement reculées si les faits de guérison de cette espèce venaient à se multiplier.

COLLÉGE DE FRANCE.

Cours de physiologie expérimentale de M. Magendie.

(Vingt-sixième leçon, 16 mars.)

L'une des conséquences connues de la section des nerfs laryngés inférieurs et supérieurs, c'est que la contraction des muscles crico-arytenoïdiens postérieurs, latéraux et thyro-arytenoïdiens pour les premiers, aryténoïdiens et crico-thyroïdiens pour les seconds, venant à cesser, l'ouverture de la glotte reste béante, et lors du passage des alimens du pharynx dans l'œsophage, il peut arriver souvent que ces alimens tombent dans les voies aériennes.

M. Magendie en fournit la preuve en faisant donner à manger et à boire au chien sur lequel il avait pratiqué la section de ces nerfs. L'animal tousse peu et n'éprouve qu'une légère sensation après le passage de l'eau dans la trachée, parce qu'il n'a pas la conscience de l'impression des substances alimentaires sur la muqueuse de la glotte et du larynx qui a perdu sa sensibilité.

La disposition matérielle connue des nerfs n'a jusqu'à présent été presque pour rien dans les découvertes les plus belles qui ont été faites sur les usages de ces nerfs; ce sont des expériences physiologiques et des faits d'anatomie pathologique qui ont donné ces grands résultats.

Les anatomistes avaient bien noté la disposition des deux rangées de racines des nerfs qui partent de la moelle épinière, mais aucun d'eux ne s'était avisé de conclure que les fonctions de ces deux rangées de filets nerveux ne devaient pas être les mêmes.

On peut aujourd'hui admettre d'une manière absolue, d'après les expériences que j'ai faites, dit M. Magendie, que les racines postérieures servent à la sensibilité, et les antérieures aux mouvemens. M. Panizza a vérifié ce fait sur les batraciens.

M. Berlingheiri a cru devoir avancer que les racines antérieures servaient aux mouvemens des muscles fléchisseurs, et les postérieures à ceux des extenseurs: aucune expérience exacte n'a démontré la vérité de cette opinion. Mais il est peu surprenant de voir des hommes instruits publier de pareilles erreurs, puisqu'un professeur d'anatomie n'a pas hésité à dire, dans ses leçons à la faculté, que les expériences que j'avais faites n'avaient pas la moindre valeur, et qu'il était tout à fait indifférent de couper les unes ou les autres pour détruire la sensibilité et le mouvement, que les deux espèces de racines propageaient également: une telle opinion, nous le répétons, est très-blâmable de la part d'un homme chargé de transmettre l'état d'une science à de nombreux élèves. Si ce professeur eût désiré connaître les résultats d'expériences qui demandent une certaine habitude, nous nous serions empressé de les répéter devant lui; c'est d'ailleurs ce que nous n'avons jamais manqué de faire toutes les fois que des médecins nous en ont prié.

M. Magendie décrit sommairement la disposition de ces racines et celle du ganglion auquel elles aboutissent avant de sortir des trous de conjugaison; il mentionne les dissections de ces parties faites avec le plus grand soin par MM. Amussat et Bouvier, et dit que pour que l'expérience puisse réussir, il est très-important de choisir des animaux qui soient jeunes et dans de bonnes conditions de santé.

Sur les animaux adultes les hémorrhagies sont souvent abondantes, parce qu'il faut couper des masses musculaires développées. La section des lames des vertèbres est longue et difficile; on est souvent exposé à blesser la moelle en voulant briser une portion de lames des vertèbres ou en cherchant à enlever des esquilles.

Les animaux adultes et trop vigoureux sont maintenus plus difficilement, et peuvent rendre la section plus pénible en faisant des mouvemens brusques. Chez les animaux jeunes on n'éprouve pas ces obstacles; maintenus plus aisément, la section des lames vertébrales que ne masquent pas des muscles épais, peut être pratiquée promptement avec un couteau fort; on évite

de cette manière des douleurs dont la longueur épuise. L'opération doit être pratiquée à la région lombaire qui est le point où la moelle peut être le plus aisément mise à découvert, où l'étendue des racines antérieures et postérieures permet de les mieux soulever.

Après ces considérations préliminaires, M. Magendie prend un jeune chien sur lequel il répète avec le plus grand succès cette expérience sous le rapport de la sensibilité. La section des racines postérieures étant opérée du côté gauche, le petit chien, qui peut d'ailleurs se mouvoir assez bien, éprouve tout à coup une insensibilité complète dans le membre postérieur correspondant. Les irritations les plus vives sur cette partie démontrent la vérité de ce fait.

M. Magendie coupe alors les racines antérieures du même côté, et la paralysie du mouvement a lieu. L'animal ne marche plus que sur trois pattes, et traîne celle qui est paralysée du mouvement; tandis qu'un instant auparavant il la remuait comme les autres, lorsque le sentiment seul était perdu.

Cette expérience peut être variée; il est facile d'obtenir des effets croisés en coupant les racines du mouvement d'un côté et celles du sentiment de l'autre.

Enfin lorsque l'animal a été très-affaibli par la durée de l'expérience ou par suite d'une perte de sang un peu considérable, ces circonstances ayant occasionné une grande perturbation dans la sensibilité générale et la locomotion, il reste encore un moyen de constater la réussite de l'expérience : c'est de donner à l'animal une forte dose de solution d'extrait de noix vomique, qui bientôt détermine une contraction tétanique dans le membre dont les nerfs du mouvement n'ont pas été coupés.

M. Magendie réunit la plaie de ce jeune chien au moyen de quelques points de suture, et recommande d'en prendre soin, quoiqu'il n'espère pas pouvoir le conserver longtemps. Les animaux qui ont subi cette opération ne tardent pas ordinairement à succomber.

(Vingt-septième leçon, 19 mars.)

Nous avons examiné, Messieurs, les nerfs de la sensibilité dans presque toutes les parties du corps; il s'agit maintenant de vérifier dans l'appareil cérébro-spinal quelles sont les parties qui donnent des signes de sensibilité.

Toute la masse des circonvolutions cérébrales ne jouit d'aucune sensibilité apparente.

Nous avons déjà observé que plusieurs nerfs tels que les olfactifs, optiques et acoustiques ne sont pas doués de sensibilité.

La dure-mère chez quelques animaux est sensible, tandis qu'elle ne l'est nullement chez d'autres; il ne faut donc pas attribuer au cerveau ce qui, dans certains cas, semble appartenir à la dure-mère.

M. Magendie, après avoir mis la dure-mère à découvert sur un jeune lapin, la pique avec un stylet sans que l'animal témoigne par aucun geste qu'il en éprouve la moindre douleur; il l'incise alors dans un point : le lapin se débat un peu, mais ces mouvemens peuvent dépendre de la résistance qu'il opposait à l'aide chargé de le maintenir : ce qui le prouve, c'est qu'une ou deux gouttes d'un acide concentré ayant été versées sur la surface de la dure-mère et du cerveau au point de les cautériser, ne produisirent aucune impression pénible. Les ventricules ouverts, le lapin ne donna pas de signes d'une sensibilité plus prononcée. Un stylet étant introduit dans les corps striés, l'animal ne bougea point; porté un peu profondément dans la couche optique, le lapin fit quelques mouvemens qui indiquèrent qu'il éprouvait une sensation pénible.

Si en vérifiant l'état de la sensibilité dans les corps striés, on détruit un peu profondément cette partie, l'animal fait aussitôt des mouvemens qui le portent en avant.

L'altération profonde de la couche optique détermine un mouvement de rotation. La lésion du corps calleux, des commissures antérieure et postérieure, celle de la cloison transparente ne provoquent aucune trace de sensibilité, et ces parties peuvent par conséquent être considérées comme tout à fait insensibles.

La lésion du cervelet sur ce lapin très-affaibli n'en est pas moins suivie de signes d'une sensibilité très-vive.

A la base du cerveau, l'infundibulum, la commissure des nerfs optiques sont insensibles; les pédoncules du cerveau, la protubérance jouissent au contraire d'une sensibilité assez prononcée.

La base du cervelet, dit M. Magendie, ne jouit pas d'une sensibilité aussi prononcée que le reste de cet organe.

M. Magendie coupe alors la moelle alongée pour faire cesser les douleurs qu'éprouve l'animal; découvrant ensuite la moelle épinière dans l'étendue de deux ou trois vertèbres, il l'irrite en la piquant, et l'animal montre par les mouvemens de ses membres inférieurs, qu'il éprouve une sensibilité prononcée qui existe d'ailleurs dans toute l'étendue de la moelle, celle-ci ayant ensuite été mise à découvert sur un jeune chien, la moindre irritation détermine des signes d'une grande sensibilité.

La moelle coupée en travers à la région lombaire, le chien est aussitôt paralysé des membres postérieurs, et les irritations portées vers la partie coupée de la moelle n'occasionnent plus de douleurs; elles provoquent seulement quelques mouvemens musculaires dont le chien n'a plus la conscience. L'irritation portée vers la partie supérieure de la moelle, y accélère la respiration, détermine des marques de douleurs moins vives cependant qu'à la partie postérieure, lorsque la moelle n'a pas été lésée. Toute la superficie de la moelle en avant, en arrière et sur les côtés est beaucoup plus sensible que la partie centrale qui est formée de substance grise, et dans laquelle il est possible d'introduire un stylet à plusieurs lignes de profondeur sans que l'animal paraisse le sentir.

D'après le résultat de ces expériences sur la moelle épinière, on voit que la sensibilité se comporte par rapport à la moelle, absolument de la même manière que

l'électricité par rapport aux conducteurs métalliques chargés de la transmettre.

Il est aussi un fait à noter, c'est que dans toutes ces expériences la partie postérieure de la moelle offre toujours une sensibilité plus exquise que l'antérieure, ce qui se trouve en harmonie d'action avec la sensibilité plus vive des racines postérieures qui en naissent. Ces phénomènes se passent de la même manière chez l'homme.

M. Magendie a maintenant dans son service à l'Hôtel-Dieu, une jeune malade qui présente une paralysie des membres inférieurs, et qui remonte jusqu'au diaphragme. Si cette malade succombe, il est probable qu'on trouvera une affection de la moelle vers la fin de la région dorsale.

Il montre aussi la moelle épinière du jeune chien sur lequel il a coupé les racines postérieures et antérieures du même côté dans la dernière séance. Il fait remarquer qu'il existe entre ces racines un sillon qui peut servir de guide lorsqu'on veut pratiquer isolément la section de l'une ou l'autre racine.

N° 36. — 24 MARS.

HOPITAL DES ENFANS MALADES.

Service de M. BAUDELOCQUE.

Pleurésie gauche; épanchement considérable dans la cavité pleurale; traitement antiphlogistique; résorption rapide; guérison.

Dupuis (Nicolas), âgé de treize ans, doué d'une assez forte constitution, ouvrier en lunettes de corne et d'écaille, n'ayant éprouvé dans son enfance d'autre maladie qu'une variole qui a laissé des traces peu profondes, entra à l'hôpital le 9 mars, accusant huit jours de maladie.

Depuis l'invasion, douleur du côté gauche de la poitrine se propageant quelquefois vers le côté droit; toux; gêne médiocre de la respiration; diminution de l'appétit. Pendant ces huit jours le malade n'a point entièrement cessé de travailler; il a pris chaque jour des alimens.

Le 10, décubitus dorsal, accablement, céphalalgie sus-orbitaire, douleur du côté gauche de la poitrine, toux sèche, son mat avec absence de bruit respiratoire dans les deux tiers inférieurs du côté gauche, sans égophonie ni respiration bronchique; ampliation sensible du côté du thorax affecté; 112 pulsations; chaleur et moiteur de la peau; 32 inspirations; langue saburrale, sensibilité de l'épigastre, ventre indolent, selles rares. On fait couvrir la poitrine d'un gilet de flanelle, on soumet le malade à l'usage des boissons diurétiques et à la diète.

Le 11, la céphalalgie et la douleur du côté conservant une certaine intensité, on pratique une saignée de 8 onces. Le sang est couenneux.

Le 12, la douleur de côté est entièrement dissipée; le pouls est descendu à 88, et la respiration à 28. Le son est mat dans une moindre étendue; on entend de l'égophonie vers l'angle inférieur de l'omoplate. On continue la tisane de chiendent et de réglisse, et on maintient la diète jusqu'au 15.

Le 15, 84 pulsations et 26 inspirations; le son mat toujours obscur dans la moitié inférieure du côté gauche; le bruit respiratoire s'entend, mais faible et éloigné; la toux devient de plus en plus rare; le sommeil est calme et profond; on n'observe le soir aucun mouvement fébrile. On accorde du bouillon.

Le 21, quoique le son soit toujours sensiblement moins clair à gauche qu'à droite, on entend nettement le murmure respiratoire dans le côté affecté; plus d'égophonie; chaleur naturelle de la peau, toux presque nulle; le malade se lève et prend des alimens solides. Ce garçon doit quitter incessamment l'hôpital.

Cette phlegmasie était des mieux caractérisées; toutefois, ce n'a été qu'après une exploration minutieuse des trois cavités splanchniques, qu'on est parvenu à en découvrir le siége, à cause des renseignemens incomplets fournis par le malade sur son état antécédent. Il souffrait, disait-il au moment de son admission, depuis 8 jours de l'estomac; et lorsqu'on l'engageait à porter la main sur le siége du mal, il la promenait d'un hypocondre à l'autre. La région épigastrique était en effet douloureuse à la pression. La toux étant rare, ne pouvait fixer notre attention; le crachoir ne contenait aucune trace d'expectoration. Quant à la fréquence de la respiration, elle était en rapport avec celle de la circulation; rien n'indiquait que le point de départ de la maladie fût dans le thorax. La percussion et l'auscultation seules dissipèrent tous les doutes. Reportant l'attention du malade sur le point pleurétique, il affirma que la douleur avait commencé par le côté gauche, et qu'elle avait envahi d'autres points du thorax, mais qu'elle s'était montrée toujours plus vive dans le lieu primitivement affecté.

L'épanchement reconnu, il ne restait plus qu'à rechercher les moyens propres à en opérer la résorption. La diète et les boissons diurétiques ont suffi à M. Baudelocque dans un certain nombre de cas. Chez le malade en question, il a cru devoir recourir à une émission sanguine, à raison de la céphalalgie, de la persistance du point pleurétique de la fièvre et de la période peu avancée de la maladie. Sous l'influence de ce moyen, secondé par la diète, l'épanchement a été résorbé rapidement, et la guérison a été complète dans l'espace de douze jours environ.

Cette heureuse terminaison est celle qu'on observe habituellement dans la pleurésie lorsqu'elle est dégagée de toute complication, quel que soit d'ailleurs l'âge du malade.

Pleuro-pneumonie droite; douleur de côté; crachats caractéristiques; signes sthétoscopiques nuls; saignée; boissons pectorales; guérison.

Michel Petit, âgé de quatorze ans, garçon marchand de vins, ayant eu la variole comme le précédent malade,

éprouva dans la journée du 29 janvier, sans cause connue, un frisson accompagné de malaise général et de céphalalgie ; il essaie de prendre quelques alimens, mais ils sont immédiatement rejetés par le vomissement. Dans la nuit, douleur du côté droit de la poitrine; fièvre; retour des vomissemens le lendemain. Le malade garde la chambre jusqu'au 3 février, et ne fait usage d'aucun moyen de traitement.

Le 4, nous trouvons le malade couché sur le dos, mais le décubitus peut avoir lieu sur l'un et l'autre côté; il accuse une douleur sourde dans le côté droit de la poitrine; il éprouve de la toux avec expectoration de crachats visqueux, de couleur marmelade d'abricot, dont un seul présente une teinte de rouille très-prononcée. Enduit blanchâtre de la langue, inappétence, endolorissement du ventre, diarrhée depuis l'invasion ; douleur de tête qui a cédé cette nuit à une épistaxis abondante.

La percussion des deux côtés de la poitrine donne un son également clair, l'auscultation ne permet d'entendre ni crépitation, ni respiration bronchique, ni bronchophonie. Il n'existe qu'un léger râle muqueux à droite comme à gauche. Les signes sthétoscopiques sont tout à fait nuls. Saignée du bras, mauve, sirop de gomme, demi lavement émollient, diète.

Le 5, le sang est recouvert d'une couenne épaisse; la douleur de côté est peu intense; les crachats sont toujours visqueux, demi-transparens et jaunâtres ; ils adhèrent au fond du vase qu'on peut renverser sans qu'ils s'en détachent. Le pouls, qui la veille donnait 88 pulsations, est descendu à 72 ; et la respiration de 36 à 28. On continue les boissons pectorales et la diète.

Le 6, la diarrhée a cessé ; les crachats sont moins visqueux et moins colorés. L'auscultation et la percussion donnent toujours des résultats négatifs. On accorde du bouillon.

Le 7, 64 pulsations, 24 inspirations ; toux très-rare ; disparition complète de la douleur de côté, que ne rappellent pas les grandes inspirations. (Potages.) On augmente la dose des alimens jusqu'au 14, jour de la sortie du malade.

Dans l'observation précédente, c'est surtout à l'aide des signes sthétoscopiques que nous sommes parvenus à découvrir le siége de la phlegmasie; dans le cas actuel, au contraire, l'auscultation et la percussion n'ont fourni que des renseignemens négatifs. Il n'est pas cependant permis de révoquer en doute l'existence d'une pleuro-pneumonie du côté droit de la poitrine. Le frisson initial, la douleur de côté, et l'expectoration de crachats visqueux, demi-transparens, jaunes et mêlés avec quelques-uns qui offraient une teinte rouillée, sont caractéristiques de la phlegmasie pulmonaire. Ce n'est que dans cette dernière affection qu'on rencontre de tels crachats.

La céphalalgie, les épistaxis répétées, la diarrhée, le nouveau séjour à Paris (ce garçon ne l'habitait que depuis un an), pouvaient bien faire soupçonner une lésion des plaques de Peyer; mais la marche ultérieure de la maladie, son amendement rapide sous l'influence d'une saignée, sa disparition vers le huitième jour, ne pouvaient justifier ce soupçon.

Les cas de pneumonie dans lesquels l'auscultation et la percussion ne fournissent aucun résultat, s'observent chez l'enfant comme chez l'adulte. Les signes manquent surtout lorsque la phlegmasie est très-circonscrite et qu'elle occupe le centre d'un lobe des poumons. La terminaison rapide de la maladie actuelle prouve évidemment que la lésion était peu étendue.

PATHOLOGIE INTERNE.

Cours de M. Andral.

Leçons sur les maladies des centres nerveux ; recueillies par M. Malherbe.

2° *Ramollissement du septum lucidum, du corps calleux, de la voûte à trois piliers.*

Avant de traiter ce sujet d'une manière spéciale à chacune de ces parties, disons-en un mot en général. Lorsque les parties blanches centrales sont ramollies, on trouve un épanchement séreux dans les ventricules ; et dans ces cas la perte de consistance n'est qu'un élément de la maladie; mais le ramollissement peut exister sans autre altération sensible. Ce ramollissement a surtout cela de remarquable, qu'il n'offre aucune trace d'injection sanguine, aucun vaisseau. Cependant, Abercrombie cite un fait qui doit être regardé comme une exception à ce que nous venons d'établir en dernier lieu. Mais il est commun de voir la substance nerveuse réduite en bouillie, ou bien en flocons qui nagent dans de la sérosité. La toile choroïdienne peut être aussi dans cet état floconneux. La maladie peut affecter chacune des trois parties isolément, ou les frapper simultanément. Il est rare, et nous l'avons déjà dit, que le septum lucidum soit seul ramolli ; la voûte à trois piliers partage presque constamment avec lui le même sort.

Les faits ne sont pas assez nombreux dans la science pour qu'on puisse, sous le rapport des symptômes qui se lient à ces ramollissemens partiels ou isolés, en tirer des généralités, c'est donc par l'analyse des cas connus qu'il faut procéder.

Ramollissement du septum lucidum. — MM. Rostan et Lallemand en citent chacun un cas. Dans celui rapporté par le premier de ces auteurs, il y eut des convulsions; dans l'observation donnée par le second, on lit que la maladie fut caractérisée par un épanchement séreux, par une céphalalgie et par une paralysie générale qui avait débuté par une simple hémiplégie. Il y eut aussi coma, et les deux sujets succombèrent au milieu de cet état.

Assez fréquemment le septum lucidum est mou, déchiré ; mais dans des circonstances, c'est là une altération cadavérique qu'il faut savoir distinguer.

Ramollissement du corps calleux. — On ne l'a peut-

être pas constaté isolément. Des symptômes de méningite l'ont très-souvent, pour ne pas dire toujours, accompagné. Le strabisme, une paralysie plus ou moins étendue, ont encore été quelquefois des caractères de ce genre de lésion.

Ramollissement de la voûte à trois piliers. — Il s'est traduit par une céphalalgie allant, suivant Abercrombie, d'une tempe à l'autre; et quelquefois il n'y a pas d'autre symptôme; mais souvent est survenu un embarras de la parole, de la diplopie, du délire, puis un coma et la mort, qui venait mettre fin à tout ce désordre.

Dans les faits recueillis par M. Lallemand, on ne remarque pas qu'il y ait eu lésion du mouvement; aussi l'auteur avait-il été porté à conclure que cette voûte n'avait pas d'influence sur le mouvement; mais n'a-t on pas vu souvent chez des enfans, des convulsions résulter uniquement du ramollissement de cette partie de l'encéphale? Quelles conséquences générales pourrait-on donc encore déduire ici?

Ramollissement simultané des trois parties.—M. Lallemand en a signalé plusieurs cas, dont trois lui ont été communiqués par M. Martin-Solon. Les symptômes qui se manifestèrent furent de la céphalalgie, des troubles de l'intelligence, de délire; et, chose remarquable, des convulsions comme tétaniques que venait remplacer un coma profond suivi de la mort. Une exaltation de la sensibilité s'est vue une fois, et ne peut par conséquent être un phénomène donné comme bien caractéristique. Quelquefois ce ramollissement simultané des trois parties s'est annoncé par des symptômes identiques à ceux de l'hydrocéphale aiguë.

M. Charpentier, de Valenciennes, cite un cas où il y eut vomissement, violent mal de tête, sensibilité des yeux avec convulsions de leurs muscles; strabisme, dilatation de la pupille et la plupart des signes de la méningite. Un bras fut atteint de paralysie.

3° *Ramollissement du cervelet.*

Il peut porter sur le lobe médian de cet organe ou sur ses lobes latéraux. M. Andral ne connaît qu'un seul cas de ramollissement du lobe moyen rapporté par Dance. Il y avait rougeur, et l'altération s'étendait un peu vers la protubérance.

La femme qui fit le sujet de l'observation était âgée de trente-cinq ans : elle mourut dans le coma sans avoir laissé reconnaître aucun autre symptôme. Treize cas de ramollissement d'un seul lobe latéral, et quatre des deux lobes latéraux à la fois, sont à la connaissance de M. Andral; plusieurs lui sont particuliers. Dans toutes ces circonstances l'intelligence se conserva intacte, excepté dans trois, où la maladie s'annonça par une perte subite de connaissance, par une sorte d'apoplexie. La parole fut modifiée dans un très-petit nombre de cas; une fois seulement elle se perdit complétement.

Le mouvement éprouva plus constamment des troubles; ainsi on l'a vu lésé chez douze malades. Un seul parmi les douze ne fut atteint ni de paralysies ni de contractures, mais son agitation était continuelle : il lui était impossible de rester en place. A la mort on trouva le tiers postérieur et inférieur d'un des lobes latéraux ramollis. Il y eut simple paralysie chez cinq, et chez les six autres raideur, contractures. Dix fois le mouvement se désordonna du côté opposé au siége du ramollissement; une fois ce fut du même côté que l'altération : ce cas exceptionnel se trouve dans l'ouvrage de M. Rostan.

Sous le rapport de la sensibilité, on n'a rien remarqué. Dans trois cas l'occiput fut douloureux; dans deux, la vue fut abolie du côté opposé au lobe malade; dans un seul, tendance à la masturbation.

Le ramollissement des deux lobes latéraux a, sur quatre cas connus, donné lieu trois fois à des mouvemens convulsifs généraux et une fois à un délire érotique très-prononcé. Jusqu'ici le cervelet n'a pas été affecté dans toutes ses parties : mais il peut l'être, et c'est ce qui s'est présenté. Dans ce cas, tout l'organe était à l'état de bouillie blanche. Les symptômes ont surtout porté sur le mouvement, qui a subi les modifications produites par M. Magendie sur des animaux dont il avait intéressé le cervelet; c'est-à-dire, qu'il y a eu tendance irrésistible à marcher en arrière.

4° *Ramollissement du mésocéphale.*

Comme celui des autres parties de l'encéphale, il peut être partiel ou général; le premier est plus fréquent que le second. Lorsque la maladie n'occupe que partiellement le mésocéphale, tantôt on le trouvera ramolli dans une foule de points de son épaisseur, tantôt dans une portion plus étendue, soit à droite, soit à gauche. De la variété de siége, d'étendue de la lésion doivent résulter des phénomènes différens.

Hors les cas où le mésocéphale était ramolli dans sa totalité, et ceux dans lesquels la mort a été brusque, l'intelligence n'a rien perdu de sa lucidité. Chez certains malades on voit des paralysies; chez d'autres des convulsions, des contractions. La mort a été tantôt rapide, tantôt elle est venue beaucoup plus tard. Le docteur Ollivier rapporte un cas où le mésocéphale était ramolli dans sa partie inférieure seulement; la perte de la parole s'en était suivie. On a pu rencontrer aussi quelquefois une hémiplégie lorsque le ramollissement se bornait à une moitié de l'organe.

Nous avons dit précédemment que le ramollissement se présentait parfois sous des formes telles qu'on pouvait le confondre avec l'hémorrhagie. M. Andral appuie cette assertion par plusieurs faits, et entre autres par un qu'il emprunte à une thèse de M. Creusard, soutenue en 1833. Le sujet de l'observation tomba subitement et resta hémiplégique du côté gauche, avec perte de la parole. On eut recours à la saignée, qui parut produire un peu de mieux; le malade a la langue inclinée à gauche; il balbutie. Mais dix jours après, la parole redevient impossible; le coma survient, et bientôt la mort. Ne dirait-on pas que tous ces phénomènes sont ceux d'une hémorrhagie? Que trouve-t-on cependant dans l'encéphale? rien, sinon à la partie inférieure moyenne

droite du mésocéphale, un ramollissement de l'étendue d'une amande, avec une teinte un peu rosée.

Jusqu'à présent nous avons étudié le ramollissement isolé, n'occupant que certaines parties des centres nerveux : mais l'encéphale peut, rarement il est vrai, on l'a constaté, peut, disons-nous, être ramolli dans toutes ses parties en même temps. On donne cette maladie comme assez commune chez les enfans ; mais on n'a pas observé de symptômes à cet âge.

A une époque déjà plus avancée de la vie, chez un enfant de 3 ans, MM. Deslandes et Broussais ont pu en voir un cas. L'enfant se plaint un soir de mal de tête, d'anxiété, de malaise ; l'appétit se perd ; il y a quelques fourmillemens. Cet état dure quelques jours, puis l'intelligence se trouble d'une manière passagère. Le petit malade veut dormir, on le couche : il repousse ensuite la main qui l'approche. On fait un traitement insignifiant ; on concevait peu d'inquiétudes. Mais tout à coup la face pâlit, le bras gauche est pris de contractions violentes, et la mort arrive.

A l'autopsie, on trouve à la place du cerveau une bouillie blanchâtre ; la désorganisation est complète dans tous les points. Une si grave altération peut-elle arriver tout à coup, au moment où l'enfant joue encore ? Assurément il faut l'admettre, car est-il supposable que l'enfant déjà atteint ait pu se livrer à ses amusemens?

N° 37. — 26 MARS.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

Clinique de M. Lisfranc.

Traitement des tumeurs blanches à l'état chronique (vésicatoires, cautères, moxas, sétons.)

Le vésicatoire a été conseillé sur la tumeur blanche ; c'est un moyen toujours excitant qui a déterminé de bons effets, mais qui souvent aussi a été cause d'accidens tellement graves, que l'amputation est devenue nécessaire. On conçoit, en effet, que dans les cas où la tumeur blanche existe avec douleur et augmentation de chaleur, le vésicatoire venant ajouter son action irritante aux effets de celle qui déjà est fixée sur l'articulation ; on conçoit, dis-je, qu'il se fasse une explosion inflammatoire capable de produire la gangrène de la tumeur, surtout si la peau est malade. N'avez-vous pas observé souvent des hydropisies actives des articulations surexcitées par l'application d'un vésicatoire, pourquoi le même effet ne serait-il pas produit sur les tumeurs blanches : pour les raisons que je viens d'énoncer, je proscris le vésicatoire quand la maladie est à l'état aigu ; je le conserve pour l'état chronique. Combien de fois n'avez-vous pas vu ici des malades chez lesquels on n'avait pas saisi les indications que je viens de poser ? vous le savez, presque toujours la tumeur a augmenté.

Mais quand j'applique le vésicatoire sur la tumeur blanche, il faut que la peau soit saine, et qu'il n'y ait pas d'induration dans le tissu cellulaire-sous-cutané : les tégumens doivent d'ailleurs être parfaitement mobiles. Si ces conditions n'existaient pas, je m'abstiendrais dans la crainte de voir l'inflammation envahir des tissus frappés d'induration blanche. Si cet accident arrivait, on pourrait à la vérité recourir aux sangsues pour le combattre ; mais comme on ne peut pas faire de suite abstraction du vésicatoire, et que par conséquent la cause d'irritation persiste, on court risque de voir la tumeur tomber en déliquium. Quand la peau est malade, je n'applique jamais le vésicatoire qu'à côté de la tumeur ; si l'inflammation arrive alors, elle se prend à des tissus normaux, et l'on peut s'en rendre maître.

On a conseillé, dans la tumeur blanche rhumatismale, de poser le vésicatoire sur la tumeur elle-même. Ce conseil a souvent produit de funestes résultats que le raisonnement eut dû prévoir : en effet, quand un rhumatisme se fixe sur l'estomac, sur les viscères thoraciques, ce n'est pas sur le siége du mal que l'on applique les vésicans et les rubéfians, mais bien sur les extrémités inférieures.

En posant ainsi le vésicatoire sur l'articulation, que fait-on ? On s'expose à centraliser le principe rhumatique sur l'article ; c'est en me guidant par ces considérations que dès 1824, pour une tumeur blanche de l'articulation tibio-fémorale, je mis le vésicatoire à l'union du tiers supérieur avec le tiers-moyen de la cuisse : j'en obtins les plus heureux résultats. Ce moyen appliqué sur le lieu malade, avait aggravé la tumeur. J'ai ensuite toujours suivi cette pratique : elle a ordinairement réussi.

On emploie deux sortes de vésicatoires, le vésicatoire volant et le vésicatoire permanent. Le premier est mis en usage dans le but d'exciter plus fortement : on le laisse suppurer. Le second, parce que l'on pense qu'il produit une irritation suffisante, et que la sécrétion qui s'établit à sa surface dégorgera la tumeur. Le vésicatoire qui suppure peut ne produire ni douleur, ni gonflement ni aucun changement de consistance dans la tumeur : il faut attendre quelques jours. Si cet état persiste, on fait cicatriser l'exutoire.

Si c'est un vésicatoire volant, et s'il a été suivi de douleur et d'excitation au-delà de ce que vous désiriez irez-vous en appliquer cinq ou six de suite ? Mais alors vous incendiez l'articulation ; arrêtez-vous donc, et recourez aux antiphlogistiques si l'excitation persiste. Si 24 heures après l'application du vésicatoire les douleurs s'éteignent, laissez aller, les accidens ne sont plus à craindre.

L'effet du vésicatoire qui suppure est de révulser les propriétés vitales, de rétablir l'absorption, et par suite de hâter la diminution de la tumeur ; s'il agissait trop vivement, il faudrait se conduire comme il a été indiqué pour le vésicatoire volant. Si le vésicatoire ne produisait rien, il faudrait le cesser pour y revenir plus tard.

Le *moxa*. Il ne convient que contre les tumeurs blanches à l'état chronique. Le placera-t-on à côté de la

tumeur blanche au-dessus? Si la peau est malade, les tissus indurés, je le place à côté, pour éviter une inflammation que j'ai vu être suivie d'escarre gangréneuse. On rencontre quelquefois des tumeurs blanches qui ont été réfractaires à tous les moyens raisonnés, bien que la douleur et les autres symptômes de l'état aigu persistent; comme l'amputation semble être la dernière ressource, il est permis de sortir des règles, de faire de l'empirisme et de passer au moxa.

M. Margot a recueilli ici une observation de succès; elle est consignée dans son excellente thèse.

En général, on peut être forcé de répéter l'application du moxa, parce qu'il faudrait renouveler même assez souvent l'excitation qu'il produit. Le moxa sera petit, d'autant mieux qu'on irrite moins en portant, par exemple, un moxa large comme une pièce de cinq francs, que si on en applique deux alternativement d'une grandeur moitié moindre. Ce moyen, comme tous les excitans, peut dépasser le but qu'on s'est proposé d'atteindre; il irrite trop. La douleur, l'augmentation de chaleur renaissent et persistent plus de vingt-quatre heures; on met les sangsues pour diminuer l'inflammation. Quand l'amendement produit par le moxa ne marche plus, on fait comme pour tous les autres médicamens, on l'emploie de nouveau.

Le cautère est un moyen qui n'excite ordinairement pas assez : nous l'employons rarement. Les règles de son application sont les mêmes, quant à son siége, que celles du moxa.

Le séton est le plus excitant de tous les exutoires : il est donc rejeté pour les tumeurs blanches à l'état aigu. A l'état chronique, comment l'emploiera-t-on? Beaucoup de personnes le placent dans l'épaisseur même de la tumeur : c'est jouer quitte ou double. Nous avons vu des malades qu'on avait ainsi traités, s'offrir à nous avec des tumeurs blanches en déliquium. L'articulation était ouverte; l'amputation devenait nécessaire.

Quand vous passez un séton dans l'épaisseur de la tumeur, que de l'inflammation se développe, vous pouvez bien retirer le séton, mais vous ne pouvez pas faire que la plaie disparaisse; le pus peut séjourner dans la plaie; la cause de l'inflammation persiste jusqu'à un certain point : de la sorte la tumeur s'aggrave presque toujours d'une manière effrayante. Il faut poser le séton à côté de la tumeur; et comme ce moyen est douloureux, et que souvent il répugne aux malades, il ne faut l'employer qu'en désespoir de cause, contre les tumeurs qui ont résisté à tous les excitans.

La cautérisation transcurrente a été mise en usage dans le traitement des tumeurs blanches. M. Rust, de Berlin, qui a publié un long mémoire sur ce sujet, propose l'application du fer rouge sans préciser les indications. C'est là un moyen d'abord très-effrayant pour les malades; ensuite il est horriblement douloureux. J'ai vu des malades l'endurer une première fois, mais rarement ils ont consenti à s'y soumettre une seconde. En raison de l'irritation énergique qu'il détermine, l'état aigu le rejette exclusivement. Quant au lieu où la cautérisation devra être faite, je renvoie à ce que j'ai dit précédemment par rapport au moxa. J'ai quelquefois employé le fer avec succès; mais comme il peut produire une vive inflammation qui peut être suivie de gangrène, comme je l'ai observé; que, d'autre part, après la chute des escarres et la cicatrisation des ulcères qui les ont remplacées, la cautérisation ne produit plus aucun effet, et qu'alors on se voit dans la nécessité d'y recourir de nouveau, je la place en dernière ligne au nombre des moyens thérapeutiques que j'ai passés en revue et je la mettrais seulement en usage si la tumeur blanche, excessivement chronique, ne pouvait pas être excitée par d'autres médications. Si une inflammation survenait, je me hâterais de recourir aux sangsues en grand nombre.

Il est des tumeurs blanches qui, après avoir marché même rapidement vers la guérison, restent complétement stationnaires, quels que soient les moyens qu'on emploie. Il faut alors suspendre toute espèce de traitement et se renfermer dans les seuls moyens hygiéniques; garder un repos absolu; et quelquefois, au bout de quelques semaines, la tumeur a disparu ou bien elle est beaucoup amendée. C'est d'ailleurs pour toutes les maladies chroniques que ce précepte trouve son application. Quand l'économie a été fatiguée par des remèdes qui n'ont pas entièrement réussi, les soins hygiéniques triomphent bien plus sûrement que la thérapeutique quelle qu'elle soit.

Si, après cinq ou six semaines, la maladie persistait encore, l'économie ayant alors perdu l'habitude des moyens thérapeutiques, on pourrait la reprendre avec un succès complet.

Il ne faut pas d'ailleurs oublier que dans certaines tumeurs blanches, celle du genou, par exemple, l'articulation diminue considérablement de volume, l'atrophie succède à l'hypertrophie; que quelquefois l'articulation peut avoir une grosseur moindre que celle qui n'a pas été malade, et cependant la tumeur blanche existe encore; les tissus ne sont pas entièrement revenus à l'état normal.

Dans la prochaine leçon, nous nous occuperons de l'emploi du muriate de baryte.

Bruit de cuir neuf observé dans les muscles fléchisseurs superficiels des doigts, pendant leur contraction; par A. Lalesque, D.-M.-P., à la Teste (Gironde).

Dubernet Mazoye, âgé de 25 ans environ, d'un tempérament bilieux, employé dans les douanes, vint me consulter, vers la fin du mois de décembre dernier, pour une légère douleur qu'il avait au poignet de la main droite.

Deux ou trois jours avant cette époque, il avait longtemps ramé pour traverser dans une nacelle un espace de deux lieues, à travers le bassin d'Arcachon.

Il ne s'est nullement senti fatigué de cet exercice inaccoutumé pour lui immédiatement après l'avoir fait. Cependant, le surlendemain de cet exercice, le poignet de la main droite devint un peu douloureux dans les

mouvemens de flexion et d'extension, d'abduction et d'adduction. A cela se joignait, quand il étendait et fléchissait les doigts, une sensation de frottement à la partie antérieure du bras. Il n'y avait point de gonflement autour de l'articulation ni au bras; il n'existait pas non plus de douleur à la pression des muscles ni à celle de l'articulation; mais quand le malade appuyait on le bout des doigts, ou la paume de la main, de manière à déterminer une pression à la surface articulaire, par la résistance de la main d'une part, et par le poids du corps de l'autre, l'articulation radio-cubito-carpienne devenait un peu douloureuse. Si, empoignant le bras du malade dans l'une de mes mains, je lui faisais ouvrir et fermer le poing, j'éprouvais moi-même un sentiment de frottement très-marqué.

Dans la flexion et l'extension du poignet, les phénomènes indiqués se reproduisaient encore. En appliquant l'oreille sur le bras du malade pendant les mouvemens et les contractions que je lui faisais exécuter, j'entendais un *bruit de cuir neuf* extraordinairement prononcé. A distance et sans appliquer l'oreille sur le bras, les assistans et moi nous l'entendions distinctement pour peu que nous y fissions attention. Ces dernières manœuvres, répétées un grand nombre de fois, me donnèrent toujours les mêmes résultats; ils disparurent en même temps que les accidens du poignet s'amoindrirent et se dissipèrent. Enfin, après la cessation de la douleur articulaire que j'ai signalée, le bruit de cuir neuf et la sensation de frottement avaient totalement disparu. Les applications résolutives furent la seule médication que j'employai.

M. Lalesque pense que le bruit de cuir neuf, qu'il a constaté dans le cas dont il s'agit, était l'effet du frottement des vaisseaux musculaires pendant leur contraction sur leur gaîne cellulo-séreuse modifiée par l'inflammation. Un semblable diagnostic paraîtra peut-être un peu hasardé, parce qu'il n'est basé que sur un simple signe, qu'on ne rencontre même pas toujours dans les péricardites qui seules l'ont offert jusqu'à présent.

Cependant, si l'on considère l'absence presque complète de nerfs et de vaisseaux sanguins dans les gaînes musculaires, il ne sera pas surprenant que leur inflammation n'occasionne pas de douleurs, ne produise pas de gonflement, et ne réveille aucune sympathie. De ce que le bruit de cuir neuf ne se rencontre pas toujours dans la péricardite, il n'en faut pas inférer que ce bruit ne caractérise pas l'inflammation des gaînes musculeuses. Le cœur est flottant dans le péricarde, le muscle est en contact permanent avec sa gaîne cellulo-séreuse. Cette différence nous paraît suffisante pour expliquer la rareté du bruit de cuir neuf dans la péricardite, et pour l'admettre par anticipation dans l'état inflammatoire de la gaîne des muscles. Dès lors, on pourra bien accepter avec nous, comme signe pathognomonique de l'inflammation des gaînes cellulo-séreuses des muscles, le simple bruit de cuir neuf que nous avons observé. Nous avons l'espérance que ces résultats seront confirmés par des faits ultérieurs, et que nos prévisions se changeront en préceptes. (*Bulletin méd. de Bord*)

N° 38. — 29 MARS.

PATHOLOGIE INTERNE.

Leçons sur les maladies des centres nerveux; recueillies par MALHERBE.

5° *Ramollissement de la moelle épinière.*

Son histoire se rapproche, sous beaucoup de rapports, de celle de la myélite. Ce ramollissement est ou général ou partiel; ce dernier cas est le plus commun: ainsi on voit les cordons antérieurs, les cordons postérieurs, la portion supérieure ou l'inférieure, la partie blanche ou la grise, etc., affectés isolément, et il en résulte des troubles divers.

Troubles de l'intelligence. — Ils peuvent être et seront nuls, à moins qu'il n'y ait retentissement dans le cerveau.

Troubles du mouvement.—En général, le mouvement est compromis; on a cependant vu des cas où le ramollissement était considérable, sans qu'on ait rien remarqué du côté de la motilité. Le docteur Janson, de Lyon, en a publié un dans lequel, bien que la moelle fut réduite en bouillie dans une assez grande étendue, les mouvemens étaient restés intacts. M. Velpeau a aussi cité un cas où la moelle rachidienne était ramollie dans sa portion cervicale, et le mouvement n'en avait pas souffert. Ailleurs, nous avons déjà dit qu'il est des animaux chez lesquels on trouve la moelle interrompue, ou liquide, sans que chez eux les mouvemens soient lésés. Et le produit de la conception, pendant sa vie fœtale, n'effectue-t-il pas des mouvemens, bien qu'alors sa moelle vertébrale soit loin d'avoir la consistance qu'elle doit acquérir plus tard?

M. Rullier rapporte un cas dans lequel le ramollissement était considérable; mais où une languette petite et dure était le moyen de communication entre la partie supérieure et l'inférieure; il n'y avait pas en rapport exact entre la lésion de la moelle et celle du mouvement: l'individu pouvait marcher, mais ses bras étaient paralysés et contracturés.

Nonobstant ces cas qui sont exceptionnels, on peut dire que plus le ramollissement est étendu, plus il est parfait, plus aussi le mouvement est altéré: et cette altération sera d'autant plus prononcée par cela même que la maladie occupera les cordons antérieurs.

Ces troubles du mouvement peuvent être portés à un degré plus ou moins élevé, et être plus ou moins répandus. Tantôt ils consistent dans une simple diminution de la faculté motrice, tantôt dans son abolissement. Il est assez commun de voir la paralysie s'emparer des deux membres inférieurs; les deux supérieurs peuvent aussi en être pris en même temps. Les différens muscles du tronc, la vessie, le rectum, les muscles de la respiration n'en sont pas à l'abri.

Cette paralysie, quel que soit son siége, viendra dans des cas d'une manière lente et graduée; dans d'autres,

elle se montrera subitement et sans autre phénomène précurseur. Au lieu de paralysie, ou bien encore en même temps qu'elle existe, il peut y avoir contracture des membres, contracture qui pourra elle-même se compliquer de convulsions. Ces diverses lésions sont susceptibles d'apparaître chacune la première, et de présenter des alternatives.

Troubles du sentiment. — Ils sont caractérisés ou par l'exaltation, ou par la diminution, ou par l'abolition, ou enfin par la perversion de la faculté de sentir. Comme dans la myélite, mais moins souvent, le malade peut éprouver une douleur le long du rachis, douleur qui parfois ira s'irradier dans les membres supérieurs. Un sentiment de froid, des fourmillemens aux extrémités sont, dans quelques cas, les premiers symptômes. M. Andral a vu une dame qui, pendant deux ans, éprouva chaque jour un froid suivi de picotemens auxquels succédaient de petits mouvemens comme convulsifs. Il n'y avait d'ailleurs aucune douleur. Au bout de ces deux ans se déclarèrent des contractures, une paraplégie, et enfin la malade mourut.

Un ramollissement très-borné, mais siégeant dans un point très-supérieur de la moelle, peut déterminer tous les désordres que nous venons de mentionner. Le docteur Ulric, de Berlin, a signalé un cas dans lequel les pyramides, les corps olivaires, et la moitié gauche du pont de Varole étaient ramollis, et où les corps restiformes se présentaient légèrement colorés en rouge. Le sujet ressentit les premières atteintes de la maladie à 18 ans, et il succomba à 26. Voici quelle fut la marche de la maladie.

Pendant six ans, sorte de paresse qui va croissant, membres lourds; c'est une diminution dans la motilité. Au bout de six ans, faiblesse de la vue, diplopie, strabisme; bientôt après, plus grande difficulté dans la marche, qui est vacillante. Il semble que les pieds se collent fortement au sol, tant ils s'en détachent difficilement. Le malade subit un froid violent, et alors se manifeste un engourdissement, une véritable paraplégie qui diminue et augmente tour à tour pendant assez longtemps. Surviennent des crampes dans les muscles extenseurs des gros orteils. Un an plus tard, des contractions tétaniques ont lieu dans les muscles du dos; la paraplégie se change bientôt en une paralysie des quatre membres. Cette paralysie finit par devenir générale, la déglutition et la respiration sont rendues presque impossibles, et le malade succombe avec l'intégrité de son intelligence.

La myélite, avons-nous dit, peut, par l'influence qu'elle exerce sur les différens actes de la nutrition, simuler jusqu'à un certain point les maladies des organes qui concourent à cette fonction. La même observation est applicable au ramollissement de la moelle rachidienne. Ce ramollissement peut adopter une marche aiguë ou chronique.

Marche du ramollissement. — Dans la forme aiguë, l'altération est tantôt si subite que la mort se montre foudroyante et médiate; tantôt elle n'arrive qu'au bout de plusieurs heures et au milieu d'un état comateux. Chez des sujets, la vie ne finit qu'au bout d'un très-petit nombre de jours, et sans qu'il y ait coma, mais il est remplacé par des convulsions, des contractures, par une paralysie plus ou moins générale, et c'est par asphyxie que les individus périssent.

Sous la forme chronique, la maladie peut durer huit, dix ans, sans phénomènes bien marqués.

Terminaison. — Quelle que soit la marche de la maladie, il est plus que douteux qu'elle se termine par la guérison, quoiqu'on en cite des cas; car, avec quelle facilité ne peut-on pas se tromper sur la nature de bien des lésions du système nerveux? La mort arrive comme dans la myélite, tantôt par un épuisement de forces, tantôt par un défaut de respiration, tantôt enfin par une complication de quelque phlegmasie plus ou moins grave et souvent chronique.

Traitement. — Contre tous les cas de ramollissement que nous avons vu jusqu'ici, il n'y a qu'un même mode de traitement qui, du reste, doit varier selon les circonstances. Y a-t-il complication de méningite, observe-t-on des phénomènes de réaction? les émissions sanguines ne peuvent être négligées; mais ces symptômes manquent-ils, les forces sont-elles, au contraire, affaiblies, languissantes? il faut tenter de les soutenir, de les relever par des toniques, tels que le quinquina, les préparations ferrugineuses, etc. L'art ne peut rien contre le ramollissement lui-même. Les soins hygiéniques ne sont pas sans utilité.

N° 39. — 31 Mars.

Découverte du cow-pox à Passy.

Une découverte importante vient, nous assure-t-on, d'être faite à Passy. Une femme avait à l'un des doigts et sur la lèvre, des boutons tout à fait analogues à ceux que détermine le virus-vaccin; on a appris que ces boutons lui étaient survenus après avoir trait une vache; cette femme a été présentée aux vaccinations à l'académie, et a fourni du vaccin qu'on a inoculé à trois enfans sur lesquels se sont développés de très-beaux boutons de vaccine, bien que les pustules de la femme fussent anciennes, déprimées et presque sèches.

Si le fait est bien exact et tel qu'on nous le rapporte, cette découverte peut avoir des résultats intéressans.

Les enfans vaccinés ont du être présentés aujourd'hui à trois heures, à MM. les membres de la commission de vaccine. (*Voir le compte rendu de l'Académie de méd.*)

HOPITAL DES ENFANS MALADES.

Service de M. Baudelocque.

Rhumatisme articulaire sub-aigu; dispositions héréditaires; bains sulfureux et frictions avec le baume tranquille; guérison après trois semaines de durée.

Marlier (Jean-Baptiste), âgé de treize ans, ouvrier cartonnier, d'une forte constitution, est né de parens

rhumatisans. Son père, ancien militaire, est tourmenté depuis dix-sept ans par des douleurs rhumatismales, qui tantôt affectent les articulations, tantôt le système musculaire. La mère a également ressenti plusieurs atteintes de rhumatisme articulaire aigu. Ce garçon, qui travaille et couche dans un atelier vaste, bien aéré et situé à un deuxième étage, éprouva, le 5 mars, sans cause connue, une douleur vive dans l'articulation scapulo-humérale droite, qui l'obligea à discontinuer son travail.

Le lendemain l'articulation coxo-fémorale du même côté s'affecta. Du 5 au 11 mars, jour de l'admission à l'hôpital, les genoux, les poignets et les coudes furent tour à tour le siége des douleurs rhumatismales. On appliqua deux fois des sangsues autour de l'articulation coxo-fémorale droite, ce qui n'amena qu'un soulagement passager.

Le 12 mars, la douleur est bornée aux articulations coxo-fémorale et scapulo-humérale du côté gauche; pas de rougeur ni de gonflement sensible dans ces parties; pouls à 100 pulsations; battemens du cœur réguliers; pas de matité anormale ni de douleur à la région précordiale; langue naturelle, appétit non entièrement perdu, selles rares, ventre indolent. Limonade, 1 pot; bain sulfureux; 2 bouillons.

Le 13, immédiatement après le bain, la douleur abandonne l'articulation coxo-fémorale gauche; mais dans la soirée elle envahit les deux genoux, et se fait également sentir dans les deux épaules. Le genou gauche présente du gonflement, le membre ne peut être fléchi; cependant le pouls reste calme, il ne donne pas plus de 80 pulsations par minute. On renouvelle le bain et on prescrit en outre des frictions avec le baume tranquille sur les articulations malades. On accorde des potages.

Le 14 les douleurs diminuent. Le 15 elles envahissent le poignet. Diète.

Le 16 elles envahissent le genou et le pied du même côté; le pouls donne alors 76 pulsations. Le malade prend le huitième de la portion ordinaire.

Le 24 et le 25, les douleurs ont entièrement cessé; le malade se lève.

Mais le 26, le poignet gauche est tuméfié et douloureux.

Le 28, tout a disparu; ce garçon quitte l'hôpital le 31, entièrement guéri.

Ce rhumatisme a offert peu d'intensité. La douleur a été peu vive, le gonflement peu prononcé; la rougeur a complétement manqué. A raison de la faiblesse et plus tard de l'absence de tout mouvement fébrile, on n'a pas jugé à propos de recourir aux émissions sanguines. Les bains et les frictions avec le baume tranquille ont été les seuls moyens employés; et la maladie, en quelque sorte abandonnée à elle-même, a persisté pendant trois semaines environ, comme cela arrive dans la plupart des rhumatismes qui affectent plusieurs articulations. Relativement à l'étiologie, la seule cause dont l'influence ne saurait être révoquée en doute dans ce cas, c'est l'hérédité.

Purpura hémorrhagica; expuition et déjections sanglantes; limonade végétale; bains sulfureux; guérison.

Louis Carpentier, âgé de 6 ans, constitution grêle, peau blanche satinée, est apporté de Bondy à l'hôpital des Enfans le 16 mars, dans l'état suivant : Des taches d'un rouge violacé, et d'une demi-ligne à deux lignes de diamètre couvrent les membres et le tronc; elles ne disparaissent pas par la pression, sont plus nombreuses sur l'abdomen que sur le thorax, et n'affectent point la face. Outre les taches, on observe sur le membre inférieur droit une large ecchymose paraissant le résultat d'une contusion récente, quoique le malade affirme n'avoir pas reçu de coup. En même temps les gencives, surtout à droite, sont saignantes; l'expuition est sanguinolente; les déjections sont liquides et brunâtres. Du reste, pas de chaleur de la peau; langue naturelle; appétit conservé; 80 pulsations par minute.

Interrogés sur les circonstances qui ont précédé et accompagné l'invasion de la maladie, les parens répondent que cet enfant est mal nourri et mal logé; qu'il ne fait jamais usage d'une nourriture animale; que les taches de la peau n'ont été aperçues que depuis trois jours, et que c'est surtout l'apparition des selles sanglantes qui les a engagés à conduire le malade à l'hôpital.

Dans l'intention de stimuler la peau, on soumet le malade à l'usage des bains sulfureux; on lui prescrit en même temps la limonade végétale pour boisson, et des potages gras pour alimens.

Le 22 du même mois, l'amélioration était déjà notable. La plupart des taches présentaient déjà une teinte jaune.

Le 22, il est survenu une fluxion de la joue gauche, qui a persisté jusqu'au 28.

Le 30, la peau paraît seulement sale dans les points où siégeaient les taches; les gencives ont perdu leur aspect fongueux, et ne sont plus saignantes; les selles sont naturelles; le pouls donne 72 pulsations.

Sortie pour le 31.

Symptômes de carreau; gargouillement et pectoriloquie sous la clavicule droite; mort; dégénérescence tuberculeuse des ganglions mésentériques; excavation tuberculeuse du poumon droit.

La maladie décrite sous le nom de carreau n'est, dans le plus grand nombre des cas, qu'une des formes particulières de la phthisie pulmonaire chez les enfans. A l'époque où l'auscultation et la percussion du thorax étaient inconnues, on portait exclusivement l'attention sur l'état du ventre, et on méconnaissait les progrès de l'affection tuberculeuse qui siégeait en même temps dans les poumons. Aujourd'hui que nos moyens d'investigation sont plus parfaits, en explorant les organes thoraciques des malades chez lesquels s'observe la dégénérescence tuberculeuse des ganglions mésentériques, on trouve constamment les signes d'une phthisie pulmo-

naire plus ou moins avancée. Le fait suivant viendra à l'appui de ces réflexions.

Un garçon de trois ans et demi, admis à l'hôpital le 10 février, salle Saint-Jean, n° 35, nous offre l'état suivant :

Face pâle, amaigrie; tuméfaction considérable du ventre, à l'intérieur duquel on sent un certain nombre de tumeurs marronnées, siégeant autour de l'ombilic. En même temps, toux fréquente, dyspnée, gargouillement, pectoriloquie et son mat sous la clavicule droite; fièvre hectique; diarrhée. Cet ensemble de symptômes persiste jusqu'au 25 février, où le malade meurt dans le dernier degré du marasme.

A l'ouverture du cadavre, nous trouvons l'arachnoïde soulevée par une certaine quantité de sérosité transparente. Le cerveau est généralement mollasse et humide. Le poumon droit adhère par son sommet à la plèvre costale. Le lobe supérieur, à l'état d'induration grise, présente à son centre une excavation pouvant loger un marron, et remplie d'un liquide puriforme, au milieu duquel on trouve quelques débris de tubercules. Les autres lobes sont farcis de tubercules à l'état de crudité.

La paroi antérieure de l'abdomen adhère au foie et aux organes voisins. De fausses membranes de couleur ardoisée, au milieu desquelles on observe des tubercules blanchâtres, unissent les circonvolutions intestinales de la partie supérieure. Tous les ganglions mésentériques ont subi la dégénérescence tuberculeuse. Le foie est gras. L'intestin grêle présente de nombreuses ulcérations.

Blennorrhagie urétrale chronique : guérison radicale en quatre jours, à l'aide des injections de solution de nitrate d'argent; par M. Rognetta.

M. Q..., banquier, rue Vivienne, m'a été adressé par M. le professeur Mojon. Il portait depuis deux mois et demi un écoulement puriforme assez abondant du canal urétral, qu'il avait contracté dans un coït impur. Cet écoulement n'était accompagné que de peu de chaleur pendant l'émission de l'urine et les érections. L'usage du copahu et du poivre cubèbe, administrés pendant assez longtemps à forte dose, n'avaient eu aucune influence salutaire sur la maladie. La persistance de l'écoulement inquiétait beaucoup le malade. Les injections dans l'urètre d'une légère solution de deuto-chlorure de mercure (1 grain dans une livre d'eau) n'avaient fait que reproduire la phlogose, l'écoulement, la douleur et la chaleur comme dans l'état aigu.

Vingt jours après ces injections, l'écoulement était revenu à l'état asthénique et habituel que nous venons d'indiquer. C'est alors qu'avec le consentement de M. Mojon, j'ai essayé les injections d'une solution de nitrate d'argent à la dose d'un quart de grain par once d'eau, répétées deux fois par jour. Après les deux premières injections, l'écoulement avait diminué des deux tiers. Trois jours après, par conséquent après la huitième injection urétrale, la blennorrhagie était complétement arrêtée, et les organes génitaux revenus à l'état parfaitement normal.

Depuis longtemps déjà l'expérience avait démontré l'heureuse puissance modificatrice du nitrate d'argent sur les membranes muqueuses enflammées ou ulcérées chroniquement. Depuis longtemps aussi la thérapeutique ophthalmique retire de ce grand modificateur, entre les mains des plus habiles pathologistes, les avantages les plus remarquables, spécialement dans les affections du système muqueux de l'organe oculaire. Il était donc tout naturel qu'on cherchât à l'appliquer aux phlogoses chroniques de l'urètre. — Les premiers essais de cette espèce, en effet, ont été faits en Amérique, il y a quelques années, dans toutes les périodes de la blennorrhagie, avec un succès complet. M. Serre, de Montpellier, a reproduit cette pratique, et il a également obtenu des résultats très-satisfaisans. De manière qu'on peut considérer aujourd'hui le remède dont il s'agit comme le véritable spécifique de la blennorrhagie soit aiguë, soit chronique, car on peut la guérir radicalement en moins de huit jours de traitement sans crainte de rétrécissement consécutif.

Ceux qui ont des idées bien arrêtées sur la pathogénésie des rétrécissemens urétraux ne contesteront pas cette dernière proposition. Il est clair enfin qu'on ne doit pas confondre la cautérisation destructive du rétrécissement du canal qu'on employait autrefois avec les injections antiphlogistiques dont il s'agit; je dis autrefois, car je tiens de M. Ségalas lui-même qui est, certes, juge très-compétent en cette matière, que la cautérisation urétrale est un mauvais remède contre les rétrécissemens de ce canal; c'est là aussi mon opinion à cet égard.

On se tromperait si l'on croyait que les injections dont nous venons de parler pourraient être confiées au malade. Il est très-difficile, pour ne pas dire impossible, de faire soi-même pénétrer convenablement l'injection dans l'urètre. C'est donc le chirurgien lui-même qui doit les pratiquer, en se conformant toutefois aux préceptes suivans :

1° On ne prescrira qu'une petite dose de solution chaque fois (un grain de nitrate d'argent cristallisé, dissous dans quatre onces d'eau); car ce mélange se décompose facilement après quelques jours, il devient bleuâtre et inactif.

2° On se servira d'une seringue d'étain faite exprès; elle doit contenir un peu plus d'une once de liquide, présenter un large anneau sur le piston et deux ailerons latéraux pour pouvoir y trouver de l'appui et pousser le piston avec force, sans quoi l'injection ne marchera pas convenablement. J'ai garni le bec de l'instrument avec un morceau d'une mince sonde de gomme élastique, ce qui est fort commode.

3° Le bec, ou la sonde du bec de la seringue, doit être huilé et introduit doucement jusqu'au-delà de la fossette naviculaire; ensuite, le chirurgien fermera exactement

avec deux doigts le méat urinaire avant de pousser l'injection, sans quoi le liquide revient au dehors sans pénétrer profondément.

4° Enfin, on retire la seringue et l'on continue à presser le méat urinaire, afin que l'injection puisse séjourner pendant quelques instans dans le canal avant d'en sortir. On n'aura pas à craindre que le liquide passe dans la vessie, car le sphincter de cet organe s'y oppose invinciblement. J'ai voulu le pousser exprès avec force dans cette intention, il m'a été impossible de le faire pénétrer jusque dans la vessie : cela, du reste, n'aurait aucun inconvénient. En se réglant d'après ces simples notions, chaque injection sera faite en un instant et toujours sans douleur. On continuera à faire deux injections par jour, toujours à la même dose indiquée, jusqu'à suppression complète de l'écoulement.

GAZETTE MEDICALE

DE PARIS.

MARS 1836.

N° 10. — 5 Mars.

Mémoire sur les fistules vésico-vaginales, et sur leur traitement par une nouvelle méthode opératoire ; lu à l'Académie des sciences, le 14 février 1836, par M Jobert, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

La cloison vésico-vaginale qui résulte de l'adossement du bas-fond de la vessie, à la paroi antérieure du vagin, éloignée du péritoine en arrière, et bornée en avant au commencement de l'urètre, peut être détruite en partie ou en totalité, de manière qu'il résulte de cette destruction une communication plus ou moins facile entre la vessie et le vagin, qui ne forment plus quelquefois qu'une seule poche. Cette communication permet au liquide urinaire et au mucus vésical de se répandre dans l'intérieur du vagin, tantôt en quantité plus ou moins petite, tantôt en totalité. Les urines sortent donc alors par une voie qui ne leur est pas habituelle ; c'est à cette voie que l'on a donné le nom de fistule *vésico-vaginale*, maladie cent fois plus dégoûtante et plus affreuse pour les femmes que ne le sont pour les hommes les fistules urinaires, qui cependant constituent une infirmité si pénible et si grave.

C'est pour me conformer à l'usage, que je désigne cette maladie sous le nom de fistule. Par ce mot, en effet, on veut exprimer un trajet plus ou moins étendu, tapissé par une membrane organisée, direct ou tortueux, etc. Or, la fistule vésico-vaginale ne se présente que sous la forme d'une perforation sans trajet, d'un trou, d'une espèce d'ulcère sans profondeur, avec perte de substance, variable en dimension. Cependant, comme ce mot, consacré par le temps, a vieilli dans la science, j'ai dû le respecter. Il arrive quelquefois d'ailleurs, bien que dans des cas d'exceptions rares, qu'il existe une véritable fistule, un trajet formé dans l'épaisseur de la cloison.

§ I. — *Etiologie.*

On a distingué avec raison les fistules vésico-vaginales en congéniales et en accidentelles. Les premières sont beaucoup plus rares que les secondes. Les deux exemples de fistule vésico-vaginale congéniale dont a parlé J.-L. Petit, trouvent leur explication dans le développement embryonnaire et dans un arrêt de développement de la cloison. On sait en effet que le vagin n'est pas exclu de cette admirable loi de symétrie qui veut comme l'a démontré M. Serres, que les organes se développent par deux parties latérales qui, cessant de s'accroître, laissent un intervalle et donnent lieu à un vice de conformation auquel la vessie et le vagin n'ont pas pu se soustraire.

On comprend qu'il n'y a aucune espèce de rapprochement sous le rapport du mécanisme de leur formation entre les fistules vésico-vaginales congéniales et celles qui sont accidentelles.

Les fistules vésico-vaginales accidentelles varient entre elles par leur siége, par leur forme, par les causes nombreuses qui les produisent. Je n'entreprendrai pas d'examiner ici toutes ces causes ; mais j'appellerai l'attention sur quelques-unes, les plus importantes qui offrent un véritable intérêt pour l'explication du mécanisme de la formation de ces fistules. Ces causes peuvent agir, soit de l'intérieur de la vessie sur le vagin, soit de ce dernier organe sur la vessie, ou bien avoir leur point de départ dans l'utérus. Enfin ce sont quelquefois des instrumens qui, introduits dans l'intérieur des organes, agissent sur la cloison vésico-vaginale.

Ainsi je rangerai dans le premier ordre de causes des épingles qui de la vessie pénètrent dans le vagin, *des calculs qui détruisent la cloison.*

Au second ordre appartiennent les pessaires de diverses formes, de diverses dimensions, de diverse nature ; les cancers, les ulcères syphilitiques.

Le troisième ordre est constitué par la cause la plus fréquente de toutes, celle qui consiste dans la descente de la tête de l'enfant, et la pression qu'elle détermine sur la cloison vésico-vaginale.

Parmi les causes du quatrième ordre, enfin, il faut ranger l'emploi des dilatateurs (Fabrice de Hilden, Murat), le perce-crâne, les os brisés, les instrumens portés sur la cloison vésico-vaginale pour retirer un calcul, etc. (Richter, Desault, Boyer, Richerand, Clemot.)

Morgagni et Morand ont cité des exemples de fistules vésico-vaginales produites par des épingles qui avaient traversé la cloison en enflammant le trajet qu'elles avaient parcouru, et produisant la formation de fausses membranes qui en organisaient le trajet. (Voy. les *Mémoires de l'Académie des sciences*, 1735.) Les calculs, en détruisant la cloison vésico-vaginale, et en déterminant une perte de substance plus ou moins étendue, donnent lieu à des fistules urinaires bien plus graves que celles dont je viens de parler.

Il y a plusieurs exemples de pessaires qui ont détruit cette cloison ; mais alors le plus ordinairement il n'existe pas de perte de substance ; et comme le pessaire était entouré de végétations nombreuses, l'espace rempli par l'instrument a pu s'effacer par la fusion des végétations entre elles. Dupuytren, MM. Jules Cloquet et Breschet ont parlé des cas de ce genre dont l'issue a été heureuse. (*Dict. des sciences méd.*, t. 7, p. 48.) Ces fistules n'ont eu qu'une courte durée, et leur guérison a suivi de près l'extraction du pessaire.

Hunter, dans son Traité des maladies vénériennes, Ploucquet, dans sa Bibliothèque, M. Breschet, dans le Dictionnaire de médecine, tome 9, p. 147, ont cité des exemples de fistules vésico-vaginales produites par des ulcères syphilitiques.

Il arrive trop souvent que le cancer après avoir désorganisé le col de la matrice, envahit la cloison et la perfore. Le plus ordinairement alors, la perforation est double, c'est-à-dire que le cancer a d'abord envahi la paroi postérieure du vagin, et ensuite le rectum. Il résulte de ces deux accidens une poche dans laquelle sont versées les urines et les matières fécales, véritable cloaque qui rappelle la disposition naturelle qui existe chez certains animaux.

Comme je l'ai dit plus haut, la cause la plus fréquente de toutes est sans contredit la pression de la tête de l'enfant contre la cloison vésico-vaginale : mais la désorganisation de cette cloison ne s'opère pas avec la même rapidité dans tous les cas.

Cette pression agit différemment suivant telles ou telles conditions importantes ; suivant que la vessie est vide ou pleine, par exemple, suivant qu'elle contient des calculs, par exemple, ou qu'elle n'en renferme pas. Lorsqu'il y a des calculs dans l'intérieur de la vessie, on a pensé qu'au moment de l'accouchement, s'ils ne se déplaçaient pas, il pouvait arriver une déchirure à la cloison vésico-vaginale. C'est ce que croyait Stein, qui pratiqua sur une femme enceinte l'opération de la taille, pour éviter cet accident. Pour moi, cette déchirure me semble bien difficile. Je comprendrais mieux que la gangrène d'un des points de la cloison fût inévitable, si le bassin n'était conformé de manière à permettre à la tête de l'enfant de s'échapper, en ne produisant sur les calculs vésicaux qu'une compression faible et très-passagère.

La pression de la tête est surtout une cause très-fréquente de fistule vésico-vaginale, lorsque le bassin est mal conformé ; lorsque la tête, très-volumineuse est arcboutée contre les pubis ; enfin des tumeurs développées dans l'intérieur du vagin, et tendant à prolonger le séjour de la tête dans ce conduit, peuvent encore être des causes indirectes. J.-L. Petit raconte qu'il a vu le vagin obturé par une tumeur représentant une espèce de poche, qu'il compare à un nid de colombes, et qui recevait le produit des règles. La femme devint enceinte, et l'accouchement se prolongea tellement, que la vessie, le vagin et cette poche accidentelle tombèrent et gangrène.

Des morceaux d'os du crâne extraits avec peu de précaution, des crochets mal introduits peuvent blesser la cloison et la perforer. Quelques personnes ont cru à la possibilité de la déchirure du vagin, de l'urètre, de la vessie et de son col pendant l'accouchement. Assurément une tête volumineuse peut déchirer le vagin, moins facilement toutefois que le périnée : mais ces cas sont rares, et il faut pour cela une distension extrême ; encore on observe plutôt alors un écartement des fibres qu'une véritable déchirure.

Cependant il peut arriver que la muqueuse, le tissu dartoïde et le tissu érectile qui en est entouré, soient déchirés malgré leur résistance, dans le point où le vagin est le plus mince, soit à sa partie postérieure, soit à l'antérieure. Quant à la vessie, qui est unie d'une manière assez lâche avec la partie antérieure du vagin, et qui peut se soustraire à cette distension par une sorte de locomotion, il est impossible d'admettre sa rupture, à moins qu'on ne pense qu'elle ait lieu lorsqu'elle est distendue par l'urine.

Lorsque la tête a comprimé plus ou moins longtemps la cloison vésico-vaginale, il se forme une escarre qui occupe toute l'épaisseur de cette cloison, et qui le plus ordinairement a son siége au col de la vessie, ou bien à un pouce en arrière de ce col. Elle peut aussi intéresser à la fois et le col et le bas-fond de l'organe. La tête frappe donc de mort la partie qu'elle comprime, en empêchant l'abord du sang artériel, et en s'opposant au retour du sang veineux. D'un autre côté, en se précipitant dans l'excavation du bassin, elle plisse la paroi antérieure du vagin, et pousse la vessie au-devant d'elle ; or, comme le vagin est uni d'une manière intime au col de la vessie, et à la vessie même jusqu'à un pouce au-dessus de son col, le même désordre résulte de leur intimité.

Quelquefois il suffit d'un temps très-court pour que la gangrène ait lieu ; d'autres fois au contraire elle ne se manifeste qu'après un espace de temps assez long. Pourquoi cette différence? Faut-il l'attribuer à la constitution de l'individu, ou à l'intensité de la pression ? Il est raisonnable, je pense, d'admettre les deux explications.

Il faut ajouter que l'on doit tenir compte des contractions utérines, et je m'étonne que les accoucheurs aient passé si légèrement sur ce point. Lorsque, par exemple, la pression de la tête est continue, et que les contractions utérines la maintiennent toujours dans la même position, la mort des parties comprimées arrive plus vite, toutes choses étant égales, que lorsque les contractions de la matrice, ne se succédant pas rapidement, permettent à la tête de ne comprimer la cloison que par intervalles, ou au moins d'une manière inégale, et de laisser, pour ainsi dire, la vie se continuer par instans. C'est là sans doute pourquoi l'escarre se forme lentement chez certaines femmes et promptement chez d'autres.

Je ne parlerai pas des fistules vésico-vaginales qui ont été faites par un instrument tranchant, pendant l'extirpation de l'utérus, ni de celles qui résultent de la taille vésico-vaginale. Sur trois femmes opérées par M. Clémot, deux guérirent de l'opération de la taille, et

la troisième conserva une fistule vésico-vaginale. Trois autres malades opérées par Flaubert, ont conservé des fistules du même genre. Enfin, chez la malade dont parle M. Rigal, l'urine s'est écoulée également par le vagin.

§ II. — *Anatomie pathologique.*

Les fistules vésico-vaginales, bien que dans les temps modernes elles aient été l'objet de curieuses recherches, ont été cependant très-peu étudiées sous le rapport de l'anatomie pathologique : on en trouve la double raison dans la direction exclusive des vues des chirurgiens vers le traitement, et dans la rareté des occasions qui se présentent d'étudier ces sortes de fistules sur le cadavre.

Qu'elles occupent le col de la vessie, qu'elles soient voisines du col de la matrice ou qu'elles aient leur siége, comme cela a lieu le plus ordinairement, entre ces deux points, les fistules vésico-vaginales peuvent être bornées à la cloison; mais elles se déjettent souvent à droite ou à gauche, et alors le vagin a été par conséquent détruit dans une étendue plus considérable que la vessie. On pourrait même établir en règle générale qu'il en est ainsi, quoique cependant il puisse arriver que la vessie soit désorganisée dans une étendue égale à le désorganisation du vagin. La vessie est donc, dans beaucoup de cas moins ouverte que le vagin.

Dans les premiers instans il existe une escarre. Celle-ci tombe après un espace de temps qui varie suivant certaines conditions sur lesquelles je ne reviendrai point, et aussi suivant le traitement qui a été suivi. Il en résulte un véritable *trou* par lequel passent les urines. Tapissées toutes par une membrane accidentelle qui se continue avec les membranes vésicale et vaginale, ces fistules subissent des changemens dans leur consistance et leur organisation à mesure qu'elles deviennent plus anciennes. C'est ainsi que de molles elles deviennent très-denses, très-résistantes par le temps, et établissent une véritable continuité entre la vessie et le vagin.

Il y a, comme on le sait, entre le vagin et la vessie, un tissu cellulaire filamenteux, comme dartoïde, en très-grande abondance; on le démontre surtout, d'une manière très-évidente, par le moyen de la macération. Eh bien! celui-ci a été lui-même frappé de gangrène dans le même point; il suppure et avec le temps il prend la consistance fibreuse à mesure qu'il se recouvre de la membrane accidentelle dont je viens de parler. Il résulte de son inflammation une union intime entre la vessie et la paroi antérieure du vagin.

Les vaisseaux sanguins sont oblitérés dans l'étendue d'une ligne en deçà de la cicatrice; les membranes cellulaire, musculeuse et muqueuse de la vessie se sont confondues dans le même point, et sont devenues denses et serrées.

Quant au vagin, il se présente dans l'état suivant : Au point cicatrisé, les tissus dartoïde, érectile, muqueux et cellulaire qui le composent sont devenus encore plus denses; ils sont confondus. La muqueuse s'est épaissie, elle devient rugueuse; des duretés se développent dans les parois de ce conduit.

Lorsque la fistule se rapproche du col de la matrice l'inflammation se propage au péritoine; elle donne lieu à la formation de fausses membranes qui déterminent des adhérences, et s'opposent par là à l'infiltration de l'urine.

La vessie et l'urètre subissent eux-mêmes des changemens fort remarquables; l'une, ne servant plus de réservoir à l'urine qui tombe sans cesse dans le vagin, se rétrécit et revient sur elle-même; et l'autre, qui ne la conduit plus au dehors, diminue de calibre et finit par s'oblitérer.

Je terminerai cet article par la relation d'un fait curieux d'anatomie pathologique qui s'est présenté dernièrement à mon observation.

Obs. I. — La nommée Marotte (Marie-Madeleine), âgé de 37 ans, demeurant rue Charonne, n° 71, entra à l'hôpital Saint-Louis le 24 janvier 1835, et succomba le 24 avril de la même année.

Depuis 18 mois cette femme portait une fistule vésico-vaginale qui s'était manifestée à la suite d'un accouchement laborieux. Elle était accouchée de deux enfans, et huit jours après, lorsqu'elle se leva, les urines commencèrent à couler dans le vagin. Pendant son séjour à l'hôpital, elle eut un dévoiement opiniâtre que rien ne put arrêter; ses forces s'épuisèrent et elle succomba.

L'extérieur du cadavre présentait l'aspect d'un entier épuisement.

Ayant plus particulièrement dirigé mes recherches sur la cavité abdominale, je trouvai diverses altérations qu'il n'est pas sans intérêt de faire connaître.

L'extrémité libre du grand épiploon était adhérente à la face postérieure et au bas-fond de la vessie. Les adhérences n'étaient pas très-solides, ce qui me permit de croire qu'elles n'étaient pas très-anciennes. L'épiploon était poli et blanchâtre à sa face adhérente; il empruntait ce poli à la présence de fausses membranes. Sa face libre était rougeâtre et granulée; les vaisseaux y étaient bien dessinés; il y avait peu de graisse. Le péritoine qui se porte de la face postérieure de la vessie à l'utérus, était injecté, friable, épaissi, granuleux dans les points qui adhéraient à l'épiploon; au contraire, lâchement uni à la vessie par sa face viscérale, on trouvait dans ce point une certaine quantité de graisse très-vasculaire; on apercevait dans son épaisseur des granulations blanchâtres, opaques, et de la grosseur d'un grain de millet; elles étaient dues évidemment à la lymphe déposée dans l'épaisseur de cette membrane.

Après avoir décollé le péritoine sur le bas-fond de la vessie et sur l'utérus, j'aperçus une grande vascularité à la jonction du corps et du col de ce dernier organe; les veines avaient doublé de volume.

La vessie, incisée dans sa face postérieure, présentait trois lignes et demie d'épaisseur; les fibres musculaires, plus apparentes, étaient évidemment plus friables. La muqueuse, plus molle, se montrait parsemée d'une multitude de petites plaques vasculaires, d'une couleur rouge-cerise et rouge-brun. Le sang était évidemment combiné avec la muqueuse, comme nous l'a montré le lavage; les veines nombreuses qui la sillonnaient lui

donnaient une apparence marbrée. La capacité de la vessie avait diminué; elle présentait de petites cavités dans lesquelles on trouva un pus lié et blanc. Il fut facile de lui rendre, en la distendant, son premier degré de dilatation. Le col était entouré de toutes parts par des plexus veineux. L'urètre avait perdu de son calibre; son extrémité antérieure était rouge et rétrécie.

L'examen de la fistule vésico-vaginale présentait les caractères que j'ai indiqués; aussi me contenterai-je d'en dire brièvement quelques mots. On voyait au bas-fond de la vessie une ouverture presque arrondie offrant depuis dix jusqu'à onze lignes de diamètre, du niveau de l'orifice vésical de l'urètre à quelques lignes de la lèvre antérieure du col de la matrice; cette ouverture était bornée par une espèce d'anneau dense, fibreux, blanchâtre, et recouverte d'une membrane parfaitement organisée qui se continuait avec la vessie et le vagin.

Le vagin était rougeâtre et injecté; il en était de même du col utérin, dont la membrane interne épaissie, présentait de petites ulcérations. L'intérieur du corps de l'utérus était vasculaire; on y trouvait de fausses membranes nouvellement déposées dans sa cavité. Coupé par tranches, le corps de la matrice laissait écouler à chaque section une grande quantité de sang veineux. J'ai pu, sur cette femme, enlever un lambeau de la muqueuse utérine, après avoir fait macérer cet organe pendant quelques jours.

Si l'on interroge ce fait au profit de la science, il me semble que l'on peut raisonnablement y trouver les considérations suivantes. D'abord on n'aurait pu guérir une fistule si ancienne par aucun des procédés connus, ni par la cautérisation, ni par la ligature. Dans le premier cas, on n'aurait pu déterminer, sur une surface aussi dense, le développement de bourgeons capables d'oblitérer l'intérieur de la fistule, soit que l'on eût suivi le procédé de M. Lallemand, soit que l'on eût employé celui de M. Langier. Par la ligature on n'aurait pu déterminer le dépôt d'une lymphe propre à coller les deux bords de la division, et assez promptement organisée, pour être, si je puis dire ainsi, vivante avant que les fils eussent ramolli et coupé les bords de la fistule.

D'un autre côté, ce fait peut faire apprécier l'influence fâcheuse du contact de l'urine, qui macère le col de la matrice et pénètre dans sa cavité à travers son orifice. Il nous montre l'inflammation toujours croissante de la vessie, son état de suppuration, et cette désorganisation en vertu de laquelle elle finit par se déchirer avec facilité; et enfin cette inflammation, bornée en haut par le péritoine qui semblait lui servir de barrière, envahissant l'épiploon, qui chez cette femme se prolongeait sur la partie postérieure de la vessie.

§ III. — *Symptômes.*

On devait retrouver, et l'on retrouve en effet dans la physionomie des fistules vésico-vaginales, la plupart des traits qui appartiennent à toutes les fistules urinaires. Elles peuvent être rondes, transversales ou longitudinales. Les premières sont assez communes; elles représentent le plus souvent un cercle assez régulier. Les fistules transversales sont plus fréquentes. Elles sont produites par la pression de la tête de l'enfant, qui plisse et pousse en effet d'arrière en avant, la cloison vésico-vaginale, de manière à former une espèce de duplicature transversale.

Toutefois, il faut dire qu'une fistule vésico-vaginale ronde peut devenir transversale, lorsque la partie postérieure de la vessie tend à se rapprocher de la partie antérieure; et que la transversale peut prendre une forme arrondie ou ovalaire, lorsque l'on tiraille sa lèvre postérieure.

Quant aux fistules longitudinales, ce sont les plus rares : elles consistent dans une véritable fente dirigée d'avant en arrière; et sont produite par des instrumens tranchans, qui ont été portés dans le diamètre antéro-postérieur de la cloison vésico-vaginale.

Les fistules vésico-vaginales ont une étendue très-variable; quelquefois elles dépassent à peine quelques lignes, tandis que dans d'autres circonstances elles occupent toute la cloison. J.-L. Petit et Chopart en ont cité des exemples. M. Lallemand a publié deux cas de ce genre : la cloison du vagin manquait en totalité dans l'un, et toute sa moitié supérieure dans l'autre.

Lorsque la cloison vésico-vaginale a été intéressée par un instrument tranchant, les urines coulent à l'instant même dans l'intérieur du vagin; mais les choses ne se passent pas ainsi, quand la fistule est la suite d'un accouchement laborieux. La cloison est alors instantanément frappée de mort. Les parties s'engorgent, s'enflamment, au point de déterminer une rétention d'urine et de forcer le chirurgien de vider la vessie à l'aide du cathétérisme. Il faut que l'escarre tombe, et laisse une perte de substance qui permet l'écoulement des urines. Le travail inflammatoire qui préside à la séparation de l'escarre, n'est pas aussi prompt chez certains sujets que chez d'autres. C'est ainsi que l'on a vu des femmes être dans une sécurité complète pendant huit et dix jours, tandis qu'au contraire dès le second ou le troisième l'urine coulait chez d'autres. On peut d'ailleurs se rendre compte de cette différence dans la formation plus ou moins tardive des fistules vésico-vaginales. Si la tête de l'enfant qui, dès le principe, a frappé de mort la cloison, demeure très-longtemps dans l'intérieur du bassin, il en résulte que la portion gangrénée est chassée par elle lorsque l'accouchement se termine. Lorsqu'au contraire la tête est restée peu de temps dans le bassin, la chute de l'escarre ne peut nécessairement être que tardive, puisque pour avoir lieu, elle a besoin du travail inflammatoire qui isole plus ou moins lentement les parties mortes des parties vivantes.

Lorsque la fistule est large, les urines coulent involontairement et d'une manière continue dans le vagin, à mesure qu'elles arrivent dans la vessie. Si, au contraire, elle a une étendue peu considérable, et si elle occupe le col de la vessie, l'urine n'y passe pas en totalité, et la malade a la conscience de son écoulement par le vagin.

L'écoulement de l'urine par le vagin peut d'ailleurs être tout à fait modifié par la position de la malade et même d'une manière relative : ainsi il cesse quelquefois complétement dans la position verticale, comme l'a observé Saucerotte. Dans d'autres circonstances c'est dans la position horizontale qu'il a cessé d'avoir lieu, comme Deyber l'a observé chez une malade qui était à sa clinique.

Quand la fistule occupe le col de la vessie, l'urine peut être retenue plus ou moins longtemps ; mais jamais au-delà, de deux heures ; et l'on comprend qu'alors l'écoulement est d'autant moins facile que la position de la malade sera plus complétement horizontale, puisque dans ce cas le liquide a moins de tendance à gagner le col de la vessie.

L'écoulement de l'urine est encore modifié par les changemens de rapports que les viscères environnans peuvent apporter aux bords même de la fistule, à tel point que, dans certaines circonstances, l'urine finit par cesser de couler. Ainsi la pression de l'utérus, celle de l'intestin grêle, tendent à rapprocher la lèvre postérieure de la fistule de l'antérieure, et en oblitèrent momentanément l'ouverture.

Enfin la marche, les efforts de la défécation, de la toux, le travail de la menstruation, sont autant de conditions qui facilitent et augmentent le cours de l'urine par le vagin.

Le contact continuel de l'urine avec l'intérieur du vagin, avec les cuisses, avec les fesses, est toujours l'occasion d'inconvéniens fâcheux, et quelquefois d'accidens graves. On a dit que par l'excitation qu'il détermine sur les organes génitaux, ce contact pouvait produire le cancer : on pourrait tout au plus admettre qu'il pourrait en devenir alors la cause occasionnelle. Mais le vagin, les cuisses sont souvent le siége d'ulcérations plus ou moins profondes ; et dans tous les cas, il y a un état de turgescence habituel de ces parties, qui détermine des érysipèles, des éruptions de caractères divers, etc. Le plus ordinairement les femmes qui sont dans cet état finissent par tomber dans un tel dégoût d'elles-mêmes, qu'elle vivent entièrement isolées.

Les fistules vésico-vaginales peuvent être accompagnées de concrétions calcaires, véritable dépôt de l'urine, qui deviennent l'occasion de douleurs souvent très-vives, et d'ulcérations plus ou moins étendues.

Obs. II. — J'en ai vu entre autres un exemple remarquable chez une jeune femme de 22 ans qui entra à l'hôpital Saint-Louis dans le mois de juin 1834. Elle avait une fistule vésico-vaginale. Il se déposait dans le le vagin de la matière cystique, sous forme de concrétions qui adhéraient tellement aux parois de ce conduit, que la malade les détachait avec ses ongles, ou les faisait sortir avec de petits morceaux de bois. Sans cette précaution, le vagin aurait été sans aucun doute rempli de ces graviers que j'ai plusieurs fois retirés moi-même en grande quantité. Cette malade avait d'ailleurs souvent des érysipèles, et ses cuisses et ses petites lèvres étaient couvertes d'ulcérations et de pustules rouges très-enflammées, dont la teinte, légèrement cuivrée, aurait pu en imposer pour des pustules syphilitiques. Elle n'obtenait un peu de soulagement que par le lavage à l'eau froide. Si elle voulait retirer ses urines à l'aide d'une éponge, elle éprouvait des douleurs très-vives. Cette jeune femme, d'ailleurs très-débile, portait une tumeur volumineuse dans l'hypocondre gauche, tumeur due au développement de la rate, qui avait pris une dimension démesurée sous l'influence d'accès répétés de fièvre intermittente. Toutefois, l'état déplorable dans lequel elle se trouvait par suite de sa fistule vésico-vaginale m'engagea à l'opérer, malgré les complications fâcheuses qui existaient. La malade se soumit avec courage à tous les moyens que je voulus mettre en usage, et la suture et la cautérisation échouèrent successivement. Je me décidai alors à avoir recours au procédé que je vais décrire un peu plus loin. Cette fois il n'eut pas non plus un résultat heureux. Je reviendrai plus tard sur les causes qui en ont compromis le succès. Quoi qu'il en soit, cette femme sortit quelque temps après de l'hôpital, sans avoir éprouvé aucun changement dans l'état de sa fistule.

Un phénomène assez remarquable, c'est la constipation opiniâtre qui tourmente certaines malades. Il est difficile de s'en rendre compte, à moins d'en rapporter la cause à la contraction permanente déterminée dans les fibres du rectum par l'écoulement incessant de l'urine dans le vagin. J'aurai l'occasion de citer l'exemple d'une malade chez laquelle cette constipation opiniâtre n'existe plus depuis l'opération.

Les fistules vésico-vaginales peuvent être compliquées d'indurations qui rendent la maladie plus opiniâtre et plus difficile à guérir ; de rétrécissement circulaire du vagin, de brides, de destruction de la paroi antérieure et postérieure du vagin. Enfin on a dit que les urines pouvaient s'épancher dans une espèce de sac situé entre les lames qui composent la cloison vésico-vaginale. Vanderwiel, cité par M. Lewzisky, rapporte que son frère a rencontré un épanchement entre la vessie et le vagin d'une femme de La Haye, qui s'aperçut ensuite de l'écoulement de ses urines par le vagin. On comprend que dans les premiers jours l'urine puisse s'infiltrer entre la vessie et le vagin décollés ; mais cette disposition, qui d'ailleurs n'a été notée qu'une seule fois, ne saurait être admise que comme exception.

Les rétrécissemens du vagin peuvent précéder l'accouchement ou le suivre, lorsque ses parois ont été gangrénées dans une grande étendue. Enfin les brides peuvent diviser ce canal et le partager pour ainsi dire en compartimens plus ou moins nombreux. Elles peuvent coïncider avec une vessie rétrécie, à parois épaisses, comme squirrheuse, ainsi que Chopart l'a observé chez une femme dont le pourtour de la fistule était entouré d'un bourrelet calleux, et imprégné de matière salino-terreuse.

§ IV. — *Diagnostic.*

Il n'est pas difficile de porter un diagnostic sûr et précis lorsque la fistule est formée ; mais il ne l'est pas autant d'établir avec exactitude si elle doit ou non avoir lieu. Ainsi, l'on éprouve beaucoup d'embarras à

indiquer positivement si la cloison a été frappée de gangrène pendant un accouchement laborieux; si l'ischurie dont la malade est tourmentée après un accouchement difficile, peut faire craindre l'existence d'une fistule vésico-vaginale non encore établie; ce n'est qu'à la chute de l'escarre qu'on peut réellement la reconnaître. Or, comme je l'ai dit plus haut, l'escarre se détache à des époques indéterminées; elle tombe le dixième, le douzième jour, et quelquefois seulement un mois après l'accouchement, comme l'a observé J.-L. Petit, qui, après un pareil intervalle, a vu l'urine passer involontairement de la vessie dans le vagin.

On sait qu'après un accouchement laborieux, le col de la vessie, longtemps comprimé par la tête de l'enfant, reste plus ou moins longtemps avant de retrouver l'énergie de sa contraction. Il y a même des femmes qui, toute leur vie, ont conservé de la difficulté à retenir leur urine, laquelle, aussitôt qu'elles sont dans une position horizontale, se répand par gouttes. Ce liquide alors s'épanche dans le vagin à mesure qu'il descend, et il finit par en sortir, absolument comme s'il existait une communication directe entre ce conduit et la vessie. Dans le cas où les choses ne reviendraient pas d'elles-mêmes à l'état normal, on dissiperait facilement, au moyen du cathétérisme, l'erreur qui alors serait possible.

Il pourrait arriver par les mêmes raisons que l'on méconnut une fistule vésico-vaginale, en attribuant à une paralysie du col de la vessie les accidens qui dépendraient d'une communication directe de cet organe avec le vagin. C'est encore le cathétérisme qui pourra dans ce cas éclairer le diagnostic. En portant le doigt le long de la paroi antérieure du vagin, on s'assurera de l'absence d'une portion de cette paroi, de l'étendue de la perte de substance, et s'il n'y a qu'une division, on la reconnaîtra bientôt. En même temps qu'une injection colorée ou non sera poussée dans la vessie, le doigt porté dans le vagin sentira le liquide sortir par l'ouverture fistuleuse. C'est ainsi que se comportait Chopart.

L'introduction d'une sonde dans la vessie par l'urètre, et celle du doigt dans le vagin, sont sans contredit les deux moyens qui permettent le plus parfaitement de reconnaître l'existence de la fistule. Le doigt sentira la sonde dans la vessie, et il distinguera très-bien la perforation complète de la cloison vésico-vaginale, d'un ulcère syphilitique, par exemple, qui aurait commencé par le vagin, et qui n'intéresserait encore qu'une partie de ses parois. Enfin on peut faire pénétrer la sonde dans le vagin par l'ouverture fistuleuse, et alors il ne reste plus de doute.

Il y a encore un moyen d'investigation très-précieux, pour faire apprécier la forme, le siége précis et l'étendue positive de l'ouverture fistuleuse: c'est l'inspection du vagin à l'aide du spéculum. Cet instrument, en déplissant l'organe, peut même faire découvrir une fistule qui n'aurait pu être reconnue, ni par le doigt, ni par la sonde, ce qui peut arriver surtout lorsque l'ouverture au travers de laquelle filtre l'urine est trop étroite, ou lorsqu'elle suit un trajet plus ou moins long dans la double paroi qui forme la cloison vésico-vaginale. C'est surtout alors que son trajet compliqué, que sa reptation lui donne véritablement le caractère d'une fistule. Le professeur Ehrmann reconnut une fistule vésico-vaginale avec le spéculum trivalve, et cet instrument lui servit encore à en faire la suture.

Le spéculum ordinaire de M. Récamier, modifié par Dupuytren, ne peut guère servir pour cette espèce de fistules. La modification que M. Duméril y a apportée en faisant couper son sommet en bec de flûte, le rend déjà plus propre à cette exploration, qui est encore devenue plus facile par la division que M. le professeur Dubois a fait pratiquer à sa partie supérieure. Enfin, on peut employer avec avantage le spéculum de M. Lisfranc, celui de madame Boivin et celui de M. Deyber, qui permet d'explorer la partie antérieure du vagin. Pour moi, je me suis toujours servi de mon spéculum à bascule; j'ai aussi employé avec bonheur une des valves qui le composent, pour déprimer les parties molles qui s'opposent à l'examen facile de la paroi antérieure du vagin. J'ai donné ailleurs une description détaillée du spéculum, auquel l'expérience me permet tous les jours d'attribuer réellement des avantages positifs et incontestables.

N° 11. — 12 Mars.

Mémoire sur la contracture des poumons et de la phthisie par contracture; par J. Quissac, chirurgien chef-interne à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi.

(Première partie.)

Le premier exemple de la maladie dont nous nous occupons nous fut fourni, en 1832, par l'autopsie d'un jeune homme mort dans le marasme le plus complet. Considéré comme atteint de phthisie pulmonaire tuberculeuse, nous ne fûmes pas peu surpris, lors de l'ouverture de son corps, de trouver des poumons complétement exempts de tubercules, et réduits à un si petit volume qu'ils n'étaient pas plus gros que le poing, quoiqu'on ne découvrît dans la plèvre ni à l'origine des bronches aucune disposition qui pût rendre raison de cet état.

Nous consultâmes en vain les auteurs modernes qui se sont le plus occupés de maladies de poitrine; nous ne trouvâmes absolument rien qui eût rapport à l'affection qui se présentait à nous. Nous vîmes bien un chapitre intitulé *atrophie*, dans lequel nous eussions pu la placer; mais, dans tous les cas dont il y était question, cet état n'était que consécutif à une lésion organique du poumon ou de la plèvre, tandis qu'ici ces organes étaient sains. Devions-nous la considérer comme une espèce particulière? En aurions-nous été plus avancés? Que signifie ce mot? indique-t-il la maladie qui a attaqué le poumon? n'en exprime-t-il pas plutôt le résultat? Nous rejetâmes donc cette dénomination, nous bornant à constater l'état pathologique de cet organe, et laissant à des recherches ultérieures le soin de nous éclairer à ce sujet.

Il n'est du reste pas inutile de faire connaître les diverses espèces d'atrophie admises par Laënnec et M. Andral; on verra que celle-ci n'avait rien de commun avec elles.

Laënnec regarde l'atrophie du poumon comme dépendant de la pression exercée sur lui, soit par un liquide épanché dans la plèvre, soit par des productions accidentelles développées dans son épaisseur; il n'en connaît pas d'autre; et ici nous ne trouvions aucun liquide dans cette membrane qui était saine, aucune production morbide dans le parenchyme de l'organe.

M. Andral, outre ces trois espèces d'atrophie, en admet une que produit l'oblitération des bronches comprimées par des ganglions lymphatiques engorgés et tuberculeux; une autre qui dépend d'un âge avancé, et qui est caractérisée autant par la diminution du volume de l'organe que par la raréfaction de son tissu et l'ampleur de ses vésicules, qui le font ressembler à un poumon de batracien; il en reconnaît enfin une dernière qui est le résultat de l'hypertrophie du tissu cellulaire interlobulaire. Or, chez notre jeune homme, les bronches ne subissaient aucune pression; son âge le mettait à l'abri de l'atrophie sénile, dont les caractères sont du reste très-opposés à ceux que présentaient ses poumons; et nous n'avions aucune hypertrophie du tissu cellulaire. C'était donc une espèce toute particulière d'atrophie qui s'offrait à nous.

Depuis cette époque, nous avons eu l'occasion de rencontrer, parmi les nombreuses autopsies qui se sont faites à Saint-Eloi, plusieurs cas du même genre, sur des individus dont nous avions suivi avec soin la maladie. C'est l'histoire de leur vie, c'est le procès-verbal des lésions qu'ont présentées leurs cadavres, que nous allons donner; les réflexions qu'elles nous ont suggérées les accompagnent.

Mais avant d'entrer en matière, il est indispensable de s'entendre sur le mécanisme de la respiration.

On sait que cette fonction s'exécute au moyen de deux mouvemens : l'un de dilatation de la poitrine, par lequel le vide s'opère et l'air se précipite dans les bronches; l'autre de contraction, dans lequel l'air est expulsé de la cavité pectorale par le retour des parties à leur premier état.

Selon quelques physiologistes, les mouvemens d'inspiration et d'expiration appartiendraient en entier aux muscles extérieurs et au diaphragme : le poumon ne se dilaterait et ne se contracterait que d'une manière tout à fait passive, en se bornant à suivre les mouvemens du thorax. D'autres considèrent l'inspiration seule comme passive; tandis qu'ils croient que l'expiration appartient tout à la fois et aux parois thoraciques et aux tuyaux bronchiques, ces derniers se contractant, d'après eux, d'une manière active, et non pas seulement par l'effet de l'élasticité.

Il en est enfin qui attribuent au poumon un mouvement propre d'expansion et de contraction tout à fait indépendant des muscles destinés à mouvoir l'enceinte pectorale, opinion qui nous paraît assez probable.

On ne peut guère s'assurer, au moyen du scalpel, des agens de l'expansion propre du poumon; mais il est tant de raisons qui portent à croire que ce phénomène existe réellement, qu'il faut bien admettre, avec plusieurs pathologistes, à défaut d'agens visibles, une propriété vitale analogue à celle qui détermine l'expansion du mamelon, du pénis (1), etc.

Pour ce qui est de la contraction, il est plus facile d'en reconnaître le mécanisme.

Reissessen (2) a découvert sur les ramifications bronchiques, à partir du point où les cerceaux cartilagineux disparaissent, un plan de fibres musculaires, les unes longitudinales, les autres circulaires (3).

Laënnec (4) a vérifié lui-même cette assertion sur des rameaux bronchiques de moins d'une ligne de diamètre; et quoiqu'il n'ait pu les suivre plus loin, il est à croire, dit-il, par analogie, qu'elle existent également dans les petites ramifications et peut-être dans les vésicules elles-mêmes.

M. Andral (5) a constaté plusieurs fois, dans l'état pathologique, l'existence du tissu musculaire sur les parois des bronches.

Leur existence a été admise par Cuvier (6).

Ces détails anatomiques sont appuyés par les considérations suivantes.

Des expériences ont été faites sur des chiens. Un des côtés de la poitrine ayant été ouvert, on a vu les poumons diminuer d'une partie de leur volume; se dilater et se contracter ensuite alternativement.

A la suite de plaies pénétrantes de poitrine, compliquées d'issue d'une portion du poumon, on a observé (7) que la dilatation et la contraction continuaient dans cette partie herniée.

Chez les vieillards dont les côtes sont soudées aux vertèbres et dont les cartilages sont ossifiés, la respiration ne s'en fait pas moins bien qu'auparavant, pourvu qu'il n'existe pas d'affection pulmonaire. Or, il n'est pas vraisemblable que le diaphragme soit seul chargé de cette fonction.

Ces considérations en faveur de l'extension et de la contraction propres du poumon ne sont pas, ce nous semble, sans quelque valeur. Nous pourrions y en ajouter d'autres que nous puiserions soit dans l'état physiologique, soit dans l'état pathologique; mais nous nous bornerons à quelques-unes de celles qui viennent à l'appui d'une contraction active, que nous avons le plus intérêt de prouver.

Que se passe-t-il, par exemple, dans la coqueluche? Quelle est la cause qui détermine cette suffocation qui accompagne les quintes de toux, et qui disparaît aussi

(1) Laënnec, Traité de l'Auscultation médiate, t. 2.

(2) Uber von Bau der Lungen.

(3) Cette disposition, difficile à reconnaître chez l'homme, est très-prononcée dans le bœuf.

(4) Traité de l'Auscultation, etc., t. 2.

(5) Anatomie pathologique, t. 2.

(6) Anatomie comparée, t. 4.

(7) Roux, Mélanges de chirurgie.

vite qu'elle vient? Appliquez l'oreille sur la poitrine d'un individu atteint de cette maladie, dans les momens où il est tranquille; vous reconnaîtrez que la respiration se fait bien partout, qu'elle est mêlée seulement de quelques râles muqueux ou sibilans. Examinez-le de nouveau pendant la quinte de toux, vous verrez combien il s'est fait de changemens; vous n'entendrez qu'un râle trachéal qui vous annoncera que non-seulement l'air n'arrive pas dans les vésicules pulmonaires et les petites ramifications bronchiques, mais encore qu'il ne dépasse pas leurs troncs d'origine.

N'est-il pas probable, d'après l'état de spasme que présente la toux, qu'il y a contraction spasmodique des divisions bronchiques, et occlusion momentanée de leur cavité? Serait-il raisonnable de l'attribuer à toute autre cause, à une congestion sanguine ou séreuse, par exemple? Pourrait-elle dépendre de la cessation de l'influence nerveuse? Nous ne le croyons nullement. Si cet état était l'effet d'une congestion sanguine ou séreuse, la dyspnée et les symptômes de suffocation se présenteraient avec une certaine gradation et disparaîtraient de même, ce qui n'est pas le cas ici. Ce n'est guère enfin dans une maladie où l'exaltation nerveuse est si évidente, qu'il faut supposer un défaut de cette force. Le traitement seul, du reste, prouve assez la justesse de cette opinion, puisque c'est avec des médicamens qui affaiblissent et l'action musculaire et l'action nerveuse, qu'on obtient le plus de succès.

L'asthme présente encore, dans certains cas, des phénomènes qui ne permettent guère de douter de la contraction spasmodique des extrémités des bronches.

Il nous semble donc assez clair que les poumons jouissent par eux-mêmes, et indépendamment de l'appareil musculaire qui les entoure, d'une force d'expansion et de contraction: la première admise par analogie et par l'observation de plusieurs phénomènes physiologiques et pathologiques; la seconde, reconnue par ces derniers et par le secours du scalpel. S'il peut y avoir quelque doute pour l'expansion, il ne saurait en exister pour la contraction.

C'est de l'aberration de cette force de contraction que dépend la maladie que nous allons décrire.

Nous avons observé dans la maladie que nous appelons *contracture*, que les poumons, sains en apparence, étaient d'une densité remarquable et privés d'air, bien qu'ils n'offrissent ni hépatisation, ni engouement d'aucune espèce; que leur volume était considérablement diminué, quoiqu'il n'existât dans la plèvre aucun épanchement, soit liquide, soit gazeux; quoique les ganglions bronchiques n'eussent pas accru de volume; qu'on ne trouvât, en un mot, rien qui pût faire regarder cette disposition comme dépendant d'une autre affection. Il n'est guère possible qu'un pareil état ne se soit pas offert à celui qui s'est sérieusement occupé d'anatomie pathologique; mais peut-être n'y a-t-il pas porté assez d'attention, et n'a-t-il fait aucune différence entre un poumon dans de pareilles conditions et celui qui se présenterait à l'état normal. La méprise est, en effet, assez facile, lorsque la maladie n'est pas portée à un haut degré: la couleur est à peu près la même dans les deux cas; dans l'un comme dans l'autre il y a beaucoup de ténacité, et en même temps de la souplesse. C'est là, cependant, que cessent les ressemblances; car, pour la densité, elle n'est plus la même. Légère dans l'état normal, elle est prononcée dans la contracture, quoiqu'il ne se soit fait dans le parenchyme de l'organe aucune sécrétion morbide, telle, par exemple, que celle qui a lieu dans la pneumonie, l'œdème, etc. Cette densité ne dépend que de l'absence de l'air, et du rapprochement des molécules du poumon par l'effet d'une contraction active.

Saisissez un poumon sain, il crépite, il diminue de volume par l'effet de la pression; prenez un poumon contracturé, la crépitation manque, l'organe ne devient pas plus petit. Nous ne pouvons mieux comparer cet état de poumon qu'à celui qu'il offre lorsqu'il a été comprimé par un épanchement pleurétique; il y a pourtant, outre cette différence que le premier est idiopathique tandis que le second est symptomatique, celle que le poumon comprimé par un épanchement est aplati et recouvert de fausses membranes, tandis que le poumon contracturé présente une forme qui est celle de l'état naturel, et qu'enfin la plèvre qui le recouvre est parfaitement saine.

En résumé, un poumon contracturé ne diffère, au premier aspect du moins, d'un poumon sain que par l'absence de l'air, une plus grande densité et un plus petit volume. Si on pousse plus loin l'examen et que l'on passe à la vérification des divers systèmes qui entrent dans sa composition, on trouve que la membrane muqueuse des bronches présente des traces de phlogose, et que la cavité de ces conduits est effacée dans leurs dernières divisions.

Mais que s'est-il donc passé dans l'organe respiratoire, et quelles sont les causes qui ont déterminé les changemens qui y sont survenus? Nous répondrons à cette question que, puisqu'il n'y a point d'air dans l'intérieur du poumon, et que sa densité a augmenté sans qu'il se soit passé aucun phénomène qui ait accru le nombre des molécules qui le composent, ou les ait rapprochées mécaniquement, il faut bien admettre forcément qu'il y a eu resserrement, contraction des divisions bronchiques et de tout l'appareil vasculaire et celluleux qui l'accompagne. Quant à la manière dont tout cela s'est fait, nous ne pouvons que l'attribuer à une modification de la sensibilité de l'appareil nerveux pulmonaire, survenue à l'occasion de la phlogose de la muqueuse bronchique, et sous l'influence de laquelle les fibres musculaires qui entrent dans la composition de la tunique extérieure se sont contractées spasmodiquement, et ont déterminé, par la durée de cet état: les unes (les fibres circulaires), l'oblitération des cavités bronchiques dans les petites divisions; les autres (les fibres longitudinales), la rétraction de l'organe vers la trachée-artère. De là, expulsion de l'air du poumon, condensation de ses molécules, et réduction du volume de l'organe, qui n'en conserve pas moins sa forme et sa ténacité.

Que la structure apparente des bronches ne fasse pas croire que leur cavité ne peut s'effacer. On sait fort bien que la substance fibro-cartilagineuse manque à une certaine profondeur, et que là la tunique extérieure musculeuse est en contact immédiat avec la muqueuse.

Il est, du reste, dans la composition des bronches, une circonstance qui doit singulièrement favoriser cet état spasmodique ; c'est le grand nombre de filets nerveux qui se distribuent à ces conduits. Bichat en avait été tellement frappé, qu'il avait proposé de changer le nom de *nerf vocal* ou *vague* pour celui de *nerf bronchique*.

S'il est enfin une chose qui puisse nous étonner, ce n'est point l'existence de cette maladie, mais bien qu'elle ne soit pas plus fréquente qu'elle ne l'est.

On conçoit facilement tout ce qu'un pareil état doit amener de désordre dans l'hématose, et par suite dans les nutritions. D'abord, le sang devra cheminer avec moins de facilité et en plus petite quantité dans les vaisseaux du poumon, qui subissent une constriction notable, surtout dans le système capillaire; secondement, lors même que le sang n'éprouverait aucun obstacle dans son cours, il ne pourrait éprouver le contact de l'oxigène atmosphérique, puisque les extrémités bronchiques sont resserrées sur elles-mêmes de manière à s'opposer à l'introduction de l'air.

Si un pareil changement dans la structure des poumons arrivait subitement, il y aurait certainement asphyxie; mais s'il n'a lieu que d'une manière plus ou moins insensible, graduée, les conséquences n'en seront pas aussi brusques, aussi tranchées. Dans ce dernier cas, il y a probablement d'abord une légère congestion par l'obstacle que le sang éprouve à passer du système artériel dans le système veineux pulmonaire; mais comme il se fait chaque jour moins de sang, qu'il en rentre moins dans les cavités droites et qu'il en est moins poussé vers les poumons, cette congestion diminue en proportion et finit même par disparaître, la masse de ce liquide s'étant mise en rapport avec l'étendue des surfaces respiratoires.

Les nutritions doivent se ressentir de cette modification de l'hématose : devenant chaque jour moins complètes, elles laissent tomber le corps dans la maigreur et le marasme.

La contracture des poumons offre des différences par rapport à son étendue. Nous l'avons vue dans certains cas occuper la totalité des deux organes, tandis que dans d'autres elle se bornait à l'un d'eux.

On doit être prévenu qu'il est des circonstances où la contracture peut-être facilement méconnue. C'est ce qui a lieu lorsque le poumon présente à sa partie postérieure ou inférieure un engouement, résultat de l'agonie ou de la position du cadavre. On est porté, dans ce cas, à attribuer à la même cause et l'engouement des parties postérieure et inférieure, et la plus grande densité du restant de l'organe, effet de la contracture, tandis qu'avec un peu d'attention on ferait la part de chacun de ces états. Il est probable que dans ces circonstances la constriction des vaisseaux n'était pas très-forte, que la contracture n'était pas portée à un haut degré ; car sans cela l'engouement n'aurait probablement pas eu lieu.

La contracture des poumons diffère des autres maladies de ces organes, qui semblent offrir pendant leur durée une contraction spasmodique des ramifications bronchiques, en ce que dans celles-ci la mort fait, dans presque tous les cas, disparaître toute trace de cette contraction et que le poumon paraît parfaitement sain avec son volume ordinaire ; tandis que dans la contracture les effets de cette contraction persistent même après la mort ; et le poumon s'offre rapetissé, racorni, incapable de reprendre par l'insufflation son premier volume, si la maladie est ancienne; susceptible d'y revenir en plus ou moins grande partie, si elle n'a pas eu une longue durée. Elle en diffère encore par ses symptômes.

Cette maladie consiste, nous le répétons, en une inflammation de la muqueuse des bronches compliquée de la contraction spasmodique de ces conduits, contraction qui agit à peu près continuellement et tend chaque jour à diminuer de plus en plus le volume de l'organe.

La contracture des poumons n'a pas toujours la même marche : tantôt elle se présente sous la forme aiguë ; tantôt prenant un caractère chronique, elle donne lieu à une série de symptômes qui constituent une véritable consomption pulmonaire ; c'est celle-ci que nous appellerons phthisie par contracture.

I. *De la contracture des poumons à l'état aigu.*

Obs. I.—Le nommé Bennés, d'une forte constitution, âgé de 20 ans, et soldat depuis quelques jours, entre à l'hôpital Saint-Eloi le 24 novembre 1834. Il vient de faire, par un temps affreux, un voyage de deux semaines, que le chagrin de quitter son pays n'a pu que rendre plus pénible. Les traits de son visage sont altérés; la pâleur y règne. Plusieurs tumeurs se sont développées depuis son arrivée : une sur le coude-pied gauche, douloureuse et n'offrant qu'une rougeur légère ; deux autres sur la partie postérieure de la cuisse du même côté, un peu plus rouges, plus fermes, mieux circonscrites et presque idolentes ; une quatrième enfin à la partie postérieure du talon gauche. La chaleur est modérée, la langue humide et blanchâtre, l'appétit nul ; le pouls fréquent, vif, peu développé.

(Prescription. Diète, tisane de bourrache miellée, bain général.)

25 novembre. La tumeur du coude-pied augmente de volume, s'étend vers la jambe ; celles de la cuisse diminuent. Même état du pouls ; respiration tant soit peu fréquente ; toux légère, sèche, rare.

(Bouillon, bourrache miellée.)

Le soir, rétention d'urine. (Le cathétérisme donne une demi-pinte d'urine.)

26 novembre. Nouvelle tumeur à l'avant-bras gauche occupant ses deux tiers inférieurs ; elle est indolente, rosée, diffuse, et conserve l'impression du doigt comme

dans l'œdème. L'extrémité de l'indicateur du même côté offre un gonflement brunâtre avec douleur et tension (ce doigt a été autrefois mutilé). La tumeur du talon a pris une couleur violacée ; on y perçoit la fluctuation ; elle donne lieu à une vive douleur. Anxiété ; pouls fréquent, vif, peu développé ; même état de la respiration et de la toux.

(Bouillon, bourrache miellée, cataplasmes sur les parties tuméfiées ; ouverture de la tumeur du talon avec la lancette, issue d'une cuillerée de matière peu épaisse et d'un rouge lie de vin ; la douleur se calme.)

27 novembre. La tumeur de la jambe et du coude-pied a diminué sensiblement ; celles de la cuisse ont presque entièrement disparu. L'avant-bras gauche est dans le même état ; l'extrémité de l'index offre de la fluctuation. Le visage est toujours pâle, altéré ; le pouls fréquent et peu développé ; le malade demande du vin chaud pour lui donner des forces.

(Même prescription. La tumeur de l'index, ouverte avec la lancette, fournit une matière semblable à celle du talon.)

A huit heures et demie du soir, le malade est couvert d'une sueur visqueuse et presque sans pouls ; les extrémités sont froides.

(Potion avec un gros de résine-quina et 20 gouttes d'éther, à prendre en trois fois, sinapismes aux jambes.)

28 novembre. Vers quatre heures du matin, le malade semble mieux, il demande à boire ; une heure après, il meurt.

Autopsie vingt-sept heures après la mort.

Thorax. Ancienne adhérence de la partie supérieure et latérale de la plèvre costale du côté droit avec le poumon ; partout ailleurs cette membrane est parfaitement saine, quoiqu'elle contienne dans sa partie inférieure une demi-pinte de sérosité sanguinolente.

Le poumon du même côté, réduit dans son volume, offre au toucher, dans son lobe inférieur, la sensation de quelque gaz ou d'un liquide profondément situé dans son épaisseur. L'incision de cette partie donne issue à 2 onces environ d'une matière diffluente assez épaisse, couleur chocolat, sans odeur, et entraînant avec elle quelques débris de la substance pulmonaire ; des gaz inodores s'échappent en même temps. Les parties qui environnent cet abcès présentent quelques petits noyaux d'hépatisation ; partout ailleurs, à l'entour de l'abcès, elles sont ramollies et se réduisent en bouillie sous la plus légère pression. Le tiers supérieur du poumon est privé d'air, ne crépite pas, et présente, avec la ténacité ordinaire, une densité qu'on ne peut attribuer ni à l'engouement ni à l'hépatisation ; entre cette partie et le lobe inférieur l'organe est engoué de sang.

La plèvre du côté gauche est parfaitement saine, sans adhérence et sans épanchement.

Le poumon du même côté a tout au plus le quart de son volume ordinaire, quoiqu'il n'ait pas subi de pression ; il est entièrement privé d'air, conserve sa forme normale et sa ténacité. En le pressant sur tous les points, on sent à peine une légère crépitation. A cela près, il est dans l'état naturel, ne présentant ni engouement d'aucune espèce, ni hépatisation. L'insufflation lui redonne une grande partie de son volume.

Des incisions profondes faites en tout sens ne font découvrir aucune production morbide, et ne déterminent point l'issue de cette sérosité spumeuse qui s'en écoule ordinairement.

La muqueuse bronchique des deux poumons est injectée.

Les ganglions qui entourent l'origine des bronches sont à l'état normal.

L'ouverture des deux cavités pectorales n'a donné issue à aucun gaz.

Caillots fibrineux dans les cavités droites du cœur, qui contiennent en outre du sang caillé et liquide ; un peu de sérosité dans le péricarde.

Abdomen. Foie volumineux, mais sain.

Rate d'une pâleur remarquable.

Le rein gauche offre un peu de pus dans deux de ses calices ; il est, du reste, complétement exsangue. Celui du côté droit est d'une couleur violacée.

Vessie à l'état sain ; elle contient un peu de pus descendu probablement des reins.

L'estomac et le restant du tube digestif n'offrent rien de particulier, si ce n'est une forte injection arborisée et pointillée dans la partie inférieure de l'intestin grêle.

Cette première observation présente un exemple de contracture du poumon gauche bien franche, bien tranchée. Cet organe est réduit considérablement de volume, quoiqu'on ne puisse attribuer cette diminution ni à un épanchement liquide ou gazeux, ni à une hypertrophie des ganglions bronchiques, ni enfin à un développement de productions accidentelles dans son épaisseur ; sa forme, sa couleur, sa ténacité sont dans l'état normal, mais sa densité est plus grande ; la plèvre qui le recouvre est parfaitement saine, tout comme dans le reste de son étendue. On le comprime, il ne crépite pas, ne perd rien de son volume déjà si réduit ; on n'y trouve pas le moindre engorgement, soit sanguin, soit séreux. Peut-on dire que cet organe n'a pas souffert ? Est-ce dans cet état que l'on trouve les poumons des individus morts sans affection aucune de ce côté ?

Il suffit d'énoncer ces questions pour que les détails que nous venons de donner démontrent que la disposition de cet organe n'est point naturelle, et qu'elle constitue cette altération particulière que nous avons appelée *contracture*.

L'affection du poumon droit était plus compliquée, peut-être était-il aussi atteint de contracture ; mais l'abcès qu'il contenait d'une part, et de l'autre l'épanchement pleurétique, devaient avoir eu sur son état une influence qu'on ne pouvait mettre en doute, et qu'il eût été fort difficile d'isoler de celle qui provenait de la contracture. Cet abcès eût pu être considéré comme gangréneux, si on n'en eût jugé que par la couleur de la matière qui le formait ; mais le défaut d'odeur des gaz qui s'échappèrent nous montra qu'il ne devait pas être regardé comme tel.

L'insufflation, en rendant à ce poumon la presque totalité de son volume, nous prouva que la contraction de la tunique musculeuse n'avait pas fait perdre à ses fibres une de leurs propriétés, l'extensibilité. Tout rentrait dans l'état naturel, à l'exception près de la phlogose des bronches.

Certes, ces deux poumons étaient gravement atteints, surtout celui du côté droit; et pourtant quels furent les symptômes qui annoncèrent cette lésion? Que de différence entre ces symptômes et la cause! De la toux, un peu de fréquence dans la respiration, voilà tout ce qu'on observe.

Mais une remarque qui ne doit pas échapper, c'est l'état général du malade, qui présenta dès son entrée une anxiété qui annonçait un grand trouble dans l'économie, un ébranlement profond du système nerveux : ce qui ne peut surprendre, lorsqu'on songe aux circonstances dans lesquelles il se trouvait; il venait de quitter son pays natal qu'il n'abandonnait qu'avec regret, et avait dû faire par un temps affreux un long voyage. N'est-ce pas à cette double influence physique et morale qu'il faut attribuer et la maladie et le caractère nerveux qu'elle a présenté?

On pourrait être étonné que, dans une affection qui eut aussi peu de durée, et dans laquelle les poumons devinrent si promptement impropres à recevoir le sang destiné à être artérialisé, il ne se fût pas manifesté des symptômes résultant de l'obstacle survenu dans le cours de ce liquide, tels que céphalalgie, rougeur de la face; qu'on n'eût pas observé, en un mot, les avant-coureurs de l'asphyxie. Cet étonnement serait fondé, si on n'avait égard à l'état du système nerveux, de ce régulateur du système vasculaire, qui, par l'influence qu'il a sur lui, dirige tous ses mouvemens; car tout ce qui excite le système nerveux augmente l'action du système vasculaire, tandis que celle-ci diminue ou devient même presque nulle si le premier est gêné, opprimé. N'est-ce pas sous l'influence de ce système que le cœur et les vaisseaux suspendent leur action dans la syncope, et que le besoin de respirer semble disparaître? Or, chez Bennés, ce système avait reçu, comme nous l'avons déjà dit, une impression fâcheuse qui se fit sentir sur le système circulatoire; aussi les poumons, malgré cette contracture qui les rendait à chaque instant moins perméables à l'air et au sang, purent-ils remplir sans trop de peine des fonctions devenues moins pénibles par le trouble et l'inertie des vaisseaux.

Obs. II.—«Une femme, âgée de 60 ans, d'une constitution délabrée, est reçue à l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi, le 25 juin 1833. Elle est atteinte, depuis deux jours, d'un érysipèle qui occupe la face et la partie voisine du cou; la chaleur de la peau est augmentée; le pouls fréquent, médiocrement développé; la langue couverte de mucosités jaunâtres. Les jours suivans, la maladie continue à faire des progrès : l'érysipèle gagne le cuir chevelu; du délire survient.

» Le 29 juin, il reste à peine un peu de rougeur à la face; le délire n'a lieu que par momens, mais la respiration a pris de la fréquence, il est survenu de la toux.

» 2 juillet. La respiration a été chaque jour de plus en plus pénible; la toux, sans être très-fréquente, a cependant fatigué la malade; les crachats sont muqueux, légèrement jaunâtres. La percussion a donné un son naturel dans le principe, d'une sonoréité remarquable vers la fin. L'auscultation a fait reconnaître que la respiration, d'abord peu expansive, n'avait pas tardé à prendre le caractère bronchique et qu'elle était devenue chaque jour plus faible. Il n'y a plus de trace d'érysipèle à l'intérieur.

» 3 juillet. Elle meurt.

» A l'autopsie, on trouve une légère infiltration séro-albumineuse de la pie-mère, de la partie supérieure du cerveau, ainsi qu'un peu de sérosité trouble à la base du crâne.

» Les poumons sont très-petits, accolés à la colonne vertébrale; leur forme est naturelle, leur couleur d'un gris légèrement rougeâtre. On les comprime, ils ne crépitent presque pas, ne diminuent pas de volume : ils offrent une densité qui n'est point naturelle à ces organes, et qu'on ne peut attribuer ni à l'hépatisation, ni à aucune espèce d'engouement. A leur partie postérieure seulement, on remarque un peu d'engorgement sanguin, qui doit être l'effet de la position du cadavre. L'insufflation leur rend la presque totalité du volume ordinaire

» La membrane muqueuse de la trachée et des bronches est injectée, légèrement tuméfiée.

» Les plèvres sont saines et sans épanchement, soit liquide, soit gazeux.

» Les viscères abdominaux n'offrent rien de particulier.

Cette observation nous présente un cas nouveau de contracture affectant les deux poumons. On ne saurait l'y méconnaître : raccourcissement, densité de l'organe, absence de l'air, conservation de la forme et de la ténacité normales, voilà les caractères que nous avons donnés de cette affection; tous s'y trouvaient. Aucun d'eux n'est symptômatique; point de trace d'inflammation qui ait pu augmenter la densité; point d'épanchement dans la plèvre qui ait pu diminuer le volume.

A quoi donc attribuer ce raccourcissement, cette condensation du poumon, cette absence d'air, si ce n'est à la contraction spasmodique prolongée des ramifications bronchiques qui a occasionné ce mouvement concentrique de l'organe? Il existait bien un peu d'engouement sanguin à la partie postérieure des deux poumons; mais on ne peut l'attribuer qu'à la position du cadavre : cette circonstance ne peut rien changer au caractère de la maladie.

Cette affection est survenue, comme la précédente, dans le cours d'une maladie aiguë; elle a contribué à en déterminer le fâcheux dénouement; probablement même qu'elle a été une cause bien plus puissante de mort que l'affection des méninges, qui n'était pas portée à un haut degré. On conçoit fort bien, en effet, que ce resserrement des bronches s'opposant chaque jour de plus en plus à l'oxigénation du sang veineux, il soit survenu un moment où les divers organes de l'économie ont

manqué de ce stimulus qui leur est nécessaire et qui ne peut leur être fourni que par le sang artériel.

Il paraît à peu près probable que cette affection des poumons doit être attribuée à la rentrée de l'érysipèle, qui se porta sur la membrane muqueuse bronchique. Nous ne serions pas éloignés de croire qu'il existait déjà quelque inflammation chronique de cette membrane, en vertu de laquelle l'exanthème aurait été appelé sur ce point. Ce qui nous porte à émettre cette opinion, c'est la fréquence des affections de la membrane muqueuse des bronches chez les vieillards, où surviennent une foule de fluxions qui, à une époque moins avancée, se seraient faites à l'extérieur. Tous les mouvemens de la vie, chez eux, soit hygides, soit morbides, semblent abandonner la périphérie pour se concentrer sur les organes des cavités splanchniques. Nous sommes confirmés dans cette idée par cette considération, que si nous ne pouvions rapporter la rétrocession de l'érysipèle à une inflammation déjà existante de la muqueuse bronchique, nous aurions une exception à cette loi pathologique en vertu de laquelle une maladie aiguë qui frappe diverses membranes de l'économie, n'attaque jamais que celles qui ont une structure semblable. C'est ainsi que l'on voit les synoviales des articulations affectées simultanément ou successivement, à l'exclusion des muqueuses ou de la peau; tandis que d'autres fois les muqueuses seules seront frappées, comme cela a lieu dans les affections catarrhales, où il y a tout à la fois fluxion sur les muqueuses des fosses nasales, des yeux, du tube digestif, etc. Il était bien plus conforme à ces lois pathologiques que l'érysipèle passât de l'arachnoïde à la plèvre, ou les atteignit simultanément, que de voir une séreuse et une muqueuse atteintes de la même affection.

Les symptômes que nous fournit cet état des bronches furent de la toux et une gêne croissante dans les mouvemens d'inspiration : aucune douleur ne fut accusée par la malade. Ils ne suffisaient certainement pas pour reconnaître ce qui se passait à l'intérieur; les signes physiques fournis par l'auscultation et la percussion eussent bien pu nous aider; mais ceux-ci ne sont pas eux-mêmes, dans ce cas, tellement caractéristiques qu'on ne pût les rapporter à telle ou telle autre affection pulmonaire.

Il nous paraît suffisamment démontré, par ces deux observations, qu'il est des maladies aiguës dans lesquelles l'inflammation ou la fluxion fixée sur les bronches est accompagnée de la contraction spasmodique de la tunique musculeuse de ces conduits, contraction qui donne lieu à leur resserrement et au raccornissement du poumon. Attribuer cet état à une modification de la sensibilité de l'appareil nerveux pulmonaire, nous a semblé tout aussi simple, tout aussi naturel que la possibilité de cette modification par des causes diverses.

Les seuls symptômes que nous avons signalés sont la toux et la gêne croissante de la respiration; aucune douleur ne fut accusée par les malades. Chez la femme, la percussion de la poitrine fit entendre un son plus sonore que dans l'état normal; on reconnut, par l'auscultation, une respiration de moins en moins expansive, d'un caractère bronchique de plus en plus prononcé, entremêlée de râles muqueux ou sibilans. On eût probablement trouvé chez Bennés des signes semblables du côté gauche, si on se fût douté que la poitrine fut aussi gravement atteinte; mais il y eut, comme nous l'avons dit, une nullité presque si complète de symptômes de ce côté, qu'on ne songea ni à l'auscultation, ni à la percussion.

Nous n'observâmes chez aucun des deux les symptômes ordinaires qui annoncent un obstacle à l'abord du sang dans les poumons; point de céphalalgie prononcée, point de rougeur à la face. Nous en avons fait connaître la raison chez Bennés. Quant à la femme, l'état délabré de sa constitution suffisait bien pour l'expliquer, s'il n'existait même chez elle les causes que nous avons signalées chez le premier, ce dont nous ne pûmes nous assurer.

Ne pourrait-on pas supposer que cette contracture était cadavérique; qu'elle ne s'était formée qu'après la mort, sous la même influence que ces contractions que l'on observe sur les muscles et qui leur donnent ces raideurs si difficiles à vaincre? Nous ne le pensons pas. La roideur des membres est commune à presque tous les cadavres, tandis que la contraction du poumon ne s'observe que rarement; et d'ailleurs, pour l'attribuer exclusivement à la mort, il faudrait qu'il n'existât pas d'autres circonstances capables de la développer, ce qui n'était pas ici le cas. Nous croyons donc que la contracture s'était manifestée pendant la vie, tout en admettant qu'elle avait bien pu augmenter après la mort, par une aptitude déjà acquise; explication, du reste, qui contribuerait à faire comprendre pourquoi les poumons se trouvèrent presque complétement impropres à recevoir le moindre volume d'air.

Il est évident que le pronostic de cette affection doit être fort grave, puisqu'elle tend à suspendre les fonctions d'un organe dont le concours est si nécessaire pour l'entretien de la vie.

On ne confondra pas avec la contracture cette maladie connue sous le nom de *pneumo-thorax*, dans laquelle le poumon est atrophié par le développement de gaz dans l'intérieur de la plèvre. Dans le pneumo-thorax, les gaz ne se forment qu'à la suite d'une lésion organique du poumon, ou de son enveloppe séreuse, ou d'un épanchement liquide; tandis que dans la contracture la plèvre est saine, sans épanchement, et le poumon n'est pas matériellement affecté. On a bien parlé de pneumo-thorax survenus sans aucune lésion de l'organe respiratoire ou de son enveloppe, et qui ont donné lieu à une mort presque subite; mais ces cas sont excessivement rares; et nous croyons même qu'on n'en connaît qu'un seul, dépourvu de détails suffisans, et qui n'était peut-être autre chose qu'une contracture.

Voici ce cas qui fut communiqué à Laënnec et qu'il rapporte en ces termes (1) : « Mon ami le professeur

(1) *Traité de l'auscultation*, t. II, p. 521.

Récamier a eu dans ses salles à l'Hôtel-Dieu, en 1814, un homme d'environ 60 ans, un peu obèse, qui y entra pour une affection qui ressemblait à une attaque d'asthme. La face était tuméfiée, les joues violettes, le front couvert de sueur, les pieds froids et infiltrés ; le pouls petit, dur, fréquent et intermittent ; les battemens du cœur forts et irréguliers ; la dyspnée était extrême, et il y avait une petite toux très-fatigante ; la poitrine vaste et bombée résonnait parfaitement. Le malade succombe au bout de peu de jours, dans un état de suffocation. Une grande quantité d'air s'échappe à l'ouverture de chacun des côtés du thorax. Les poumons, accolés à la colonne vertébrale et raccourcis au point de n'avoir plus que le volume de la main, étaient desséchés à la surface ; ils étaient à cela près sains et encore un peu crépitans. Les plèvres, d'ailleurs saines, étaient dans beaucoup de points détachées des parois thoraciques par des bulles d'air développées dans le tissu cellulaire subjacent ; il y avait en outre une légère hypertrophie avec dilatation du cœur. »

Laënnec considère la mort qui frappa cet individu comme le résultat de la compression du poumon par les gaz développés dans la plèvre, et il se fonde pour cela sur la quantité qui en est sortie lors de l'ouverture du thorax. Nous croyons (qu'il nous soit permis de le dire) que Laënnec n'a pas bien saisi la scène pathologique qui s'est passée dans la poitrine, et qu'il a pris un phénomène secondaire pour le phénomène principal, qui a été, selon nous, la contracture du poumon à la suite de l'inflammation de la muqueuse bronchique.

Nous avons en faveur de notre opinion la toux dont le malade était tourmenté, qui doit plutôt faire supposer la phlogose des bronches qu'un pneumo-thorax simple, dont elle n'est pas considérée par Laënnec lui-même comme un symptôme essentiel (1) ; et de plus, l'impossibilité d'expliquer comment il aurait pu se développer dans les plèvres une assez grande quantité de gaz pour réduire autant le volume des poumons. Il n'y aurait rien de plus simple, s'il eût existé un épanchement de liquide, ou quelque affection de l'un ou l'autre de ces organes capable de leur donner naissance ; mais on ne trouva rien de tout cela. Et bien que nous sachions que l'on rencontre assez souvent des gaz dans les membranes séreuses parfaitement saines, comme ils n'y sont jamais qu'en petites quantités, nous ne pouvons admettre un cas particulier où il s'en serait formé de si considérables, tout étant dans l'état naturel. Nous ne devons regarder cette production aériforme que comme dépendante de la contraction, du raccornissement du poumon, qui, laissant un vide dans la poitrine, a facilité la vaporisation de l'exhalation pleurale.

L'état des poumons était, du reste, celui que nous avons rattaché à la contracture ; ils étaient accolés à la colonne vertébrale, et raccourcis au point de n'avoir plus que le volume de la main. A cela près, ils étaient sains et encore un peu crépitans.

(1) *Traité de l'auscultation médiate*, t. II, p. 426.

Une maladie qui marche avec autant de rapidité et dont les progrès sont continuels, ne saurait être confondue avec l'asthme, dont la durée est éminemment chronique, qui présente des accès plus ou moins rapprochés, entre lesquels celui qui en est atteint jouit d'une parfaite santé, et qui cause bien peu souvent la mort. Dans la première de ces maladies, nous avons trouvé le poumon constamment raccorni ; dans la seconde, il se présente à l'état normal ; on ne connaît que quelques cas, excessivement rares, à la suite desquels l'organe s'est offert rapetissé et rapproché de la colonne vertébrale. Une altération cependant assez constante dans l'asthme, reconnue même par ceux qui prétendent n'avoir pas trouvé le siége matériel de la maladie après la mort, est la tuméfaction de la membrane muqueuse, indice presque certain d'une inflammation chronique.

CHIRURGIE PRATIQUE.

Souvenirs cliniques de l'hôpital Saint-Louis ; par J.-F. Malgaigne, professeur-agrégé, chirurgien du bureau central des hôpitaux, chirurgien par intérim à cet hôpital en 1835.

I. *Sur une complication peu connue de quelques grandes opérations.*

Je rappelle ici l'attention sur une complication très-peu connue des chirurgiens, car je n'en ai trouvé aucune mention ni dans les ouvrages les plus estimés, ni dans les cliniques les plus largement professées ; et dans deux cas assez analogues pour le résultat à l'observation que je vais rapporter, la cause de la mort a échappé à M. Roux et à Dupuytren. Il s'agit de l'asphyxie par accumulation de liquide spumeux dans la trachée ou dans les bronches : sujet beaucoup mieux connu des médecins, depuis les belles recherches de M. Piorry. Sa gravité ne saurait d'ailleurs être révoquée en doute ; elle tue en quelques heures et presque inopinément les opérés dont l'état semblait offrir les chances les plus favorables.

Cancer énorme de la base de la mâchoire ; extirpation ; état satisfaisant durant trois jours ; mort au quatrième jour par accumulation d'écume dans les bronches (1).

Obs. — Un charretier, âgé de 57 ans, né de parens sains et s'étant lui-même toujours bien porté, commença à s'apercevoir, il y a quatre ans, d'un bouton développé sur la lèvre inférieure. Il le gratta, l'écorcha ; la croûte, sans cesse renaissante et sans cesse arrachée, s'agrandit peu à peu ; et au bout de deux ans l'ulcération avait envahi une grande partie de la lèvre inférieure. Alors commencèrent des douleurs lancinantes revenant si fré-

(1) J'emprunte à M. Droin la plupart des détails de cette observation.

quemment qu'elles lui permettaient à peine de se livrer au sommeil. Peu après apparurent, à divers intervalles trois nouveaux boutons, l'un au-devant du menton, et les deux autres entre le menton et les angles de la mâchoire, et à peu près sous le bord de l'os; ils ne tardèrent pas à être écorchés et à s'ulcérer comme le premier. Un curé de campagne appliqua sur toutes ces ulcérations un caustique qui en accrut rapidement l'étendue; et six mois après, le malade entra pour la première fois à l'hôpital Saint-Louis, le 2 août 1835. Son faciès annonçait un sujet épuisé; la peau était légèrement ictérique; la lèvre inférieure, ulcérée, d'un volume énorme, offrait une largeur de quatre pouces quatre lignes; ce développement était principalement dû à un tissu fongueux, granuleux. L'ulcère du menton avait cinq lignes de diamètre; les plaies latérales, à peu près de même étendue, se trouvaient écartées de près de dix-huit lignes de la surface de l'os par le gonflement et probablement la dégénérescence du tissu cellulaire sous-jacent. Un stylet porté dans ces plaies pénétrait à un pouce de profondeur en déterminant l'écoulement d'une sanie ichoreuse et fétide. Ce qui l'avait surtout déterminé à entrer à l'hôpital, c'étaient deux hémorrhagies abondantes qui avaient eu lieu par ces ulcères latéraux, et dans lesquelles le sang sortant par jets n'avait pu être arrêté qu'en tamponnant au moyen de l'agaric. M. Gerdy le garda huit jours dans ses salles; après quoi il le renvoya comme incurable.

Le malade alla pour un mois à la campagne; puis il revint à la consultation; je remplaçais alors M. Gerdy et je l'admis de nouveau dans le service. Son état, au dire des personnes qui l'avaient vu auparavant, avait notablement changé. La lèvre inférieure était revenue au double de son volume normal; elle présentait sur toute son étendue un large ulcère de très-mauvais aspect, à base dure, à bords irréguliers et renversés. Au-dessous de cette lèvre et jusqu'au menton, la peau était un peu engorgée, mais sans dégénérescence; cet engorgement existait également sur les parties latérales de la mâchoire jusque derrière ses angles. Au-dessous de la base de l'os se voyaient les ulcérations ci-dessus mentionnées, moins élevées cette fois au-dessus du niveau de l'os, mais énormément agrandies; car, en dehors, elles dépassaient les angles de la mâchoire; en dedans elles n'étaient séparées que par une sorte de pont de quelques lignes de largeur formé par une peau rouge, indurée, dégénérée; en bas elles allaient jusqu'au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde, dont la saillie occupait à peu près le milieu du cou. Ces ulcères étaient horribles à voir, caverneux, saignans, versant une sanie d'une insupportable fétidité. Au-dessous d'eux, la peau était engorgée encore dans une étendue d'un demi-pouce à peu près; mais il était douteux qu'elle fût dégénérée; la base des ulcérations semblait formée par les ganglions lymphatiques et les glandes sous-maxillaires; les ganglions latéraux du cou n'offraient point de tuméfaction bien sensible. Toute la muqueuse de l'intérieur de la bouche était saine; nulle tumeur ne la soulevait; l'os examiné de ce côté gardait sa forme et sa solidité. Le malade, tourmenté par des hémorrhagies fréquentes, et par des douleurs lancinantes presque continuelles, par la fétidité horrible qu'il respirait sans cesse, sans compter le dégoût qu'il inspirait et la crainte d'accidens plus graves encore, appelait l'opération comme un bienfait. Toutes les fonctions étaient d'ailleurs dans l'état le plus satisfaisant.

Le principal obstacle à cette opération était le défaut de tégumens pour recouvrir une aussi large plaie, s'il fallait enlever tout ce qui était au niveau et au-dessous de la lèvre; le second était l'incertitude des limites du mal. Toutefois, l'intégrité de la muqueuse buccale, laryngienne et pharyngienne me rassurait en partie à cet égard; mais l'état des tégumens m'alarmait; je commençai donc par faire établir une forte compression sur toute la face antérieure et les faces latérales de la mâchoire, à l'aide d'agaric et de compresses graduées. J'obtins ainsi un dégorgement assez prompt des parties molles qui recouvrent l'os et l'assurance que la peau pouvait être en partie conservée. La compression avait même d'abord soulagé le malade : mais en peu de temps elle parut raviver les douleurs; le sang recommença à jaillir par les ulcères; l'opération fut résolue et pratiquée le 27 septembre.

Le malade couché sur le dos et des aides disposés en nombre suffisant, je commençai par circonscrire le cancer sous-maxillaire par une incision irrégulièrement elliptique suivant supérieurement tout le bord inférieur de la mâchoire jusqu'au-delà de ses angles, et passant inférieurement au-devant de la partie moyenne du cartilage thyroïde; et je disséquai d'abord la tumeur du côté droit. C'était une masse formée à la fois par les ganglions et la glande sous-maxillaire; une portion du digastrique même y était comprise; en haut elle s'enfonçait entre le mylo-hyoïdien qui était sain, et la face interne de l'os maxillaire qui était rugueuse et dure en quelques points, ramollie en d'autres, et dont il fallut enlever toutes les portions altérées avec la rugine. En bas, deux ganglions squirrheux se prolongeaient jusque sur la carotide; et je dus répéter pour mon compte ce que j'avais aidé M. Lisfranc à faire dans une de ses belles amputations de mâchoire; disséquer la carotide en la faisant couvrir par le doigt d'un aide avant de donner chaque coup de bistouri.

La dissection à gauche ne fut pas moins pénible. Un ganglion squirrheux recouvrait la jugulaire externe; malgré tous mes soins un coup de bistouri ouvrit cette veine; et le redoutable gargouillement qui annonce l'entrée de l'air fut distinctement entendu par tous les assistans. Je me hâtai de pincer le vaisseau entre deux doigts, et sur ses deux bouts je fis appliquer des ligatures. Aucun effet ne résulta de cet accident; et le malade fut probablement le seul qui n'en eut point été alarmé. Un autre ganglion siégeait immédiatement sous le muscle sterno-mastoïdien, que je renversai en dehors ne voulant point le couper. Enfin toute cette portion du cou étant bien nettoyée de tissus malades ou même douteux, et les doigts des aides ayant passé plu-

sieurs fois après les miens sur la plaie pour s'en assurer, en deux coups de bistouri j'enlevai la lèvre inférieure; après quoi je procédai au pansement.

Tous les vaisseaux purent être liés; et des cautères que j'avais fait préparer au besoin restèrent sans utilité. Mais l'étendue et la difficulté des dissections, les recherches nécessaires, les accidens, et surtout la faiblesse du malade qui avait besoin toutes les trois à quatre minutes de se mettre sur son séant pour respirer, rendirent cette opération une des plus laborieuses et certainement une des plus longues qui aient jamais été faites; elle ne dura pas moins de deux heures dix minutes. Le pansement consista à rapprocher le menton du sternum, à réunir par quelques points de suture entortillée les angles de la plaie; la vaste perte de substance qui restait au milieu fut pansée à plat ainsi que la lèvre inférieure. Le malade fut reporté au lit et je lui fis administrer sur-le-champ une once et demie environ d'une espèce d'élixir spiritueux connu dans l'hôpital sous le nom de *Pino;* il s'en trouva très-bien.

Le soir, la peau était chaude, le pouls à 106. (Deux pots d'infusion de tilleul; potion calmante).

Le 28 au matin, amélioration notable; le pouls est à 82; le malade interrogé répond qu'il se sent parfaitement bien; il toussait un peu, mais si rarement qu'on n'y fit pas attention.

Le 29, état très-satisfaisant; le pouls à 86; la plaie offre un très-bon aspect; la réunion par première intention a commencé vers les angles. La toux est toujours fort légère; mais le malade a de la peine à expectorer, ce qu'on attribue à la position penchée de la tête en avant.

Le 30 au matin, même état; le malade avait bien dormi, se trouvait parfaitement bien et sans fièvre; il se plaignait seulement de ne pouvoir rendre ses crachats. A ce moment je fus frappé d'une espèce de râle qui paraissait siéger dans l'arrière-bouche; mais comme le malade ne se plaignait d'aucune douleur à la poitrine et que la gêne de la respiration était à peine sensible, je crus que ce râle était tout local, et tenait à l'accumulation du mucus et de la salive, que les muscles de la langue et de la bouche, découverts par la dissection et sans doute enflammés, ne pouvaient chasser aussi bien qu'à l'ordinaire. En conséquence, je recommandai de nettoyer le fond de la gorge avec un petit balai de charpie.

A midi, le malade avait perdu connaissance; un mucus écumeux sortait de la bouche à chaque expiration; à six heures du soir il était mort.

Autopsie 36 *heures après la mort.*

La partie de la plaie réunie par des aiguilles avait contracté des adhérences assez solides; le reste de la surface était en bon état. Mais on trouva sous l'apophyse mastoïde droite un ganglion ramolli contenant de la matière caséiforme; un autre ganglion squirrheux du même côté à la base du cou, enveloppant la jugulaire interne; et près du sternum un peu de pus sous la peau décollée, ne communiquant point avec la plaie. Les parois des veines examinées avec soin ne présentèrent aucune altération; les artères contenaient un sang peu chargé de matière colorante. Les bronches contenaient une énorme quantité de liquide écumeux; cette écume tapissait encore la trachée, les ventricules du larynx et l'ouverture de la glotte.

Tous les autres organes étaient sains.

Cette observation pourrait donner lieu à des réflexions de plus d'une sorte. Je me contenterai de signaler en passant l'absence complète d'accidens après l'ouverture de la jugulaire et l'entrée de l'air dans cette veine: cas exceptionnel à joindre à ceux que l'on possède déjà, et qui n'est certainement ni le moins frappant ni le moins authentique.

Une question très-grave a droit ici d'être soulevée; et m'a sérieusement occupé avant que je me résolusse à faire cette opération. On a vu que M. Gerdy avait refusé de la faire, à la vérité dans des circonstances quelque peu différentes; et n'encourais-je pas le reproche de témérité en tentant ce qu'il avait jugé impraticable? C'est un des plus difficiles problèmes de la médecine opératoire que d'établir en quels cas le chirurgien peut faire une opération, en quels cas il doit s'abstenir. Dupuytren professait ce principe, qu'avant tout il fallait éviter de compromettre l'art. Mais comme toutes les règles générales, celle-ci est large et sujette à des interprétations fort diverses. En pratique, Dupuytren n'écartait que les très-graves opérations dites de complaisance, et celles qu'il eût fallu pratiquer chez des sujets tout-a-fait désespérés. Boyer avait beaucoup rétréci ces limites; on sait que, sur la fin de sa carrière, il aurait volontiers proscrit toute ablation de cancer au sein, à cause des récidives. La grande majorité des chirurgiens et à coup sûr aussi des malades se rangeront plutôt de l'avis de Dupuytren; l'opération est en effet comme un de ces remèdes héroïques de la thérapeutique médicale, qu'on ne doit point administrer de complaisance et sans nécessité, qu'on n'essaie plus quand l'agonie est déclarée et la mort inévitable. Mais quand la nécessité se montre urgente, palpable; que le mal, tout extérieur, n'a pas poussé des racines que le bistouri ne puisse atteindre, et qu'enfin le bon état des viscères garantit un certain nombre de chances de succès, je crois non-seulement qu'on peut, mais qu'on doit opérer. Dans le fait qu'on vient de lire, par exemple, aurait-on été arrêté par la crainte des récidives? Il n'est pas d'opération de cancer où elle n'existe. Par les dangers de l'opération? Mon malade n'avait pas peut-être quinze jours à vivre, au milieu des douleurs les plus atroces. Par les difficultés? Grâce au concours intelligent de mes aides, elles ont pu être surmontées. Les deux ganglions laissés en arrière parce qu'on ne les avait point reconnus, auraient été facilement enlevés dès qu'ils auraient donné signe d'existence; et, pour assurer mieux le succès de l'opération, j'aurais recouru plus tard, lorsque la plaie eût été un peu rétrécie, au procédé autoplastique dont M. Martinet de la Creuse a obtenu de si beaux résultats.

Je m'attendais d'abord, après une dissection si longue et si pénible, à de grands désordres nerveux ou à une réaction violente sur les viscères ; et mes craintes avaient été agréablement trompées, quand cette subite bronchorrée, que nulle observation antérieure ne me permettait de prévoir, m'enleva si subitement mon opéré. Quelques personnes ont attribué en partie au moins cet engorgement des voies respiratoires à la position du malade, presque assis dans son lit et la tête penchée sur la poitrine. Je lis au contraire dans le dernier mémoire de M. Piorry, que cette position est la plus favorable à l expectoration dans les cas de ce genre. Quoi qu'il en soit, il me paraît hors de doute que l'opération a été une cause puissante du développement de cette affection ; et peut-être serait-ce un danger spécial de toutes les grandes opérations pratiquées sur la région cervicale. Dans le cas d'extirpation de la glande thyroïde tentée par M. Roux, et dont les *Archiv. de méd.* ont récemment rendu compte, la cause de la mort, demeurée inaperçue et pour l'habile opérateur et pour l'observateur distingué qui a recueilli l'autopsie, était évidemment une asphyxie du même genre. Telle paraît avoir été aussi la raison qui a fait succomber le premier sujet chez qui Dupuytren avait pratiqué l'ablation du goître. M. Piorry pense que l'abondance des boissons y prédispose fortement. Sans nier la justesse de cette remarque, je dirai que mon opéré était à la diète, avait chaque jour deux pots d'infusion de tilleul, et assurément ne les buvait pas. Si pareille circonstance se représentait, j'insisterais cependant sur l'abstinence presque complète des boissons, et j'essaierais concurremment les vésicatoires multipliés sur la poitrine et l'émétique à doses vomitives ; mais c'est à une expérience ultérieure à décider quelle serait la valeur de ces moyens.

II. *Des luxations de l'extrémité externe de la clavicule ; nouveaux moyens pour les réduire et les maintenir réduites.*

Les luxations de l'extrémité externe de la clavicule sont assez rares dans la pratique ; de là l'incertitude qui règne sur plusieurs points de leur histoire, circonstance commune d'ailleurs à presque toutes les luxations. On n'en décrit généralement qu'une, la luxation en haut et en dehors ; et comme le type de ces descriptions paraît avoir été emprunté à des luxations incomplètes, on n'a jamais bien pu comprendre l'observation fameuse de Galien où une luxation incomplète de la clavicule fut prise pour une luxation du bras. Sir A. Cooper a bien indiqué en peu de mots la différence anatomique qui doit distinguer très-probablement la luxation complète et l'incomplète ; mais il n'en décrit pas suffisamment les symptômes ; et dans l'unique observation qu'il rapporte, la complication d'une fracture de l'acromion jette de l'obscurité sur les caractères propres à la luxation. Enfin la luxation en dessous, regardée comme tout à fait impossible par les uns, est signalée par les autres comme n'ayant jamais été observée.

J'ai rappelé en peu de mots ailleurs l'observation de Melle, en ce qui regarde cette luxation sous-acromiale de la clavicule, trouvée à l'autopsie chez un soldat russe qui la portait depuis l'âge de six ans, unie à une luxation scapulo-humérale ; on lira sans doute avec intérêt le texte même de l'auteur.

Extremitas scapularis infrà acromion detrusa erat, sic ut acromion hanc extremitatem totam tegeret ; in superficie etiam inferiori acromii foveola quædam, quasi nova articulatio adfuit. Cartilago inter clavicula et acromion existens (Vesal.) *quam invenire aliis non contigit* (Monro), *hic adfuit, et quidem infrà acromion detrusa novâque cartilagine, de quâ mentionem feci, juncta : sic ut hanc ab illa distinguere facile potuerim, illaque ligamenta hanc cartilaginem jungentia ad trium linearum longitudinem prolongata.* (Nova acta physico-medica, t. 5, p. 5 ; 1773.)

Ainsi cette luxation est démontrée par le fait depuis soixante ans, tandis qu'on la nie encore tous les jours dans nos écoles, d'après des vues anatomiques trop peu exactes. Il est en effet certains sujets où la clavicule et l'acromion sont tellement taillés en biseau, qu'il est difficile que la première puisse passer sous l'autre sans fracture ; mais chez les jeunes sujets cet obstacle est rare ; chez les adultes même on voit fréquemment ces deux surfaces articulaires taillées presque perpendiculairement ; et enfin, quand le cartilage inter-articulaire existe, c'est une circonstance évidemment favorable à la production de cette luxation.

Les luxations sous-acromiales offrent, comme l'a dit A. Cooper, deux degrés, l'un dans lequel la clavicule glisse seulement sur la face supérieure de l'acromion de manière à le dépasser en arrière de quelques lignes, sans s'en écarter sensiblement en haut ; ce déplacement, auquel je laisserai le nom d'incomplet pour le distinguer de l'autre, ne saurait se faire toutefois que la petite capsule articulaire ne soit totalement rompue, et que les ligamens coraco-claviculaires ne soient même déchirés en partie. J'ai démontré tout récemment ce fait dans mes leçons d'anatomie chirurgicale. Ceci ne s'applique toutefois qu'aux articulations normales détruites par un choc accidentel ; car assez souvent ce déplacement incomplet s'observe chez des sujets à articulations lâches, soit qu'il date de la naissance, soit qu'il ait été déterminé à la longue par des efforts successifs. Il y a quelques semaines, un vieillard couché dans le service de M. Breschet, à l'Hôtel-Dieu, présentait un déplacement de cette nature sur les deux épaules à la fois.

La plupart des observations publiées sur les luxations claviculaires externes ou se rapportent à cette variété incomplète ou manquent de détails suffisans. La réduction est facile ; la contention est impossible par les moyens proposés jusqu'à présent, et je ne pense pas trop m'avancer en niant formellement les succès que Desault prétendait avoir obtenus par son bandage, le plus mauvais peut-être de tous les appareils. J'ai vu au Val-de-Grâce employer tous les moyens connus pour une semblable luxation, chez un sujet qui même avait

une paralysie du bras; rien ne put faire disparaître complétement la difformité. En général, on applique un appareil quelconque; après quinze à vingt jours, le malade essaie de faire des mouvemens; comme les principaux s'exécutent sans gêne, on le proclame guéri et on le renvoie. Il est aisé de concevoir que l'appareil ne fait rien ici que tenir le bras immobile, et une simple écharpe le remplacerait avec autant d'avantages. Quand il s'agit d'un homme, la légère difformité qui persiste passe pour peu de chose; il en serait tout autrement chez une jeune femme, et toutefois jusqu'à présent l'art est resté dans une impuissance absolue.

Mais le cas est beaucoup plus grave lorsqu'on a affaire à une luxation complète; quand la clavicule, arrachée à la fois de l'acromion et de l'apophyse coracoïde, laisse entre elle et le moignon de l'épaule un intervalle de plusieurs pouces, et simule aux yeux la luxation scapulo-humérale. Hippocrate paraît avoir connu cette luxation, car il raconte que plusieurs médecins ont commis l'erreur de diagnostic à laquelle elle expose. Galien pensa être victime d'une pareille méprise. Les anciens recommandaient un appareil qui exerçât une forte compression sur l'os luxé. Hippocrate annonce que même avec ce moyen on ne saurait faire disparaître la difformité tout entière; et Galien, qui l'a supporté quarante jours, ne dit pas, comme Boyer l'a interprété, qu'il ne restait plus aucune trace de la maladie; mais *que le rapprochement a été tel, que ceux qui ont vu les deux os séparés d'un intervalle de trois doigts sont ravis d'admiration, et que ceux qui ne les ont pas vus dans cet état croient à peine qu'ils ont été luxés.*

Nous ignorons comment était construit l'appareil des anciens; et les modernes n'en ont point imaginé qui eussent une égale puissance; on verra dans l'observation suivante à quelle ressource je fus conduit après les avoir essayé tous.

Obs. — Étienne Schwitzer, ouvrier plombier, âgé de 35 ans, constitution des plus robustes, entra le 17 septembre au soir, salle Saint-Louis, n° 86, portant une déformation considérable du moignon de l'épaule. Il raconta que ce jour même, travaillant dans un puits à environ 15 pieds de profondeur, au raccommodage d'un tuyau de pompe, il était assis sur la corde à nœuds, embrassant le tuyau de ses deux mains pour le visser, et l'oreille appliquée contre pour écouter le jeu du piston, les coudes fortement portés en dehors, lorsque le tampon du puits, masse de fonte du poids de 80 à 90 livres, lâché par un aide maladroit, tomba sur lui de cette hauteur de 15 pieds, porta sur le deltoïde gauche à quelques lignes au-dessous de l'acromion, et après avoir légèrement froissé la peau en deux endroits, glissa heureusement en dehors sans toucher à aucune partie. Malgré la douleur de ce choc énorme, il n'abandonna pas sa corde; ses camarades le retirèrent hors du puits; on le saigna, et quelques heures après il fut amené à l'hôpital.

Au premier aspect, le bras fortement alongé, une saillie au sommet de l'épaule avec une dépression au-dessous, l'aplatissement du moignon sensiblement rapproché de la ligne médiane et un peu porté en avant, le creux sous-claviculaire remplacé en partie par une saillie, tous ces symptômes offraient quelque ressemblance avec une luxation de l'humérus; et l'erreur fut même commise, à ce qu'on m'assura, par les premières personnes qui virent le malade. Mais un œil exercé pouvait reconnaître en même temps que le deltoïde n'était point aplati, et la face externe du bras ne présentait point cette courbe qui est propre aux luxations humérales; la saillie du creux sous-claviculaire était verticale, et constituée par la portion claviculaire du deltoïde, plus tendue que le reste du muscle; la saillie supérieure était évidemment formée par l'extrémité externe de la clavicule et regardait assez fortement en arrière et en dehors; de cette saillie à l'occiput s'étendait une sorte de corde saillante constituée par le trapèze, et limitée en bas et en arrière par une gouttière à peu près transversale; enfin on sentait l'acromion demeuré en rapport avec l'humérus et séparé de la saillie claviculaire par un espace de près de trois travers de doigts. Si du niveau de l'extrémité externe de la clavicule on menait un ruban au bord libre postérieur de l'aisselle, on trouvait un alongement de 18 lignes environ pour le côté malade. C'était évidemment une luxation des plus complètes de la clavicule en dehors et en haut. D'ailleurs le malade ne pouvait en aucune façon lever le membre; les autres mouvemens étaient aussi plus faibles; la principale douleur était à quelques lignes au-dessous de l'acromion, là où le coup avait porté.

La réduction était assez facile; il s'agissait seulement de porter le moignon de l'épaule en haut, en dehors et en arrière, et d'exercer avec le pouce une forte compression sur l'os luxé. Mais la suspension de ces efforts faisait reparaître toute la difformité. J'appliquai le bandage de Desault, en y joignant la compression sus-claviculaire à l'aide de compresses graduées; cela ne suffisait pas; je mis le bras dans la position indiquée par plusieurs auteurs pour la fracture de la clavicule, le coude en avant, la main sur l'épaule du côté sain; cela ne réussit pas encore. L'emploi de la fronde placée sous le coude, et dont deux chefs se nouaient sur l'épaule lésée ne réussit pas mieux; la cravate de M. Mayor essayée en tous sens n'eut pas de meilleurs résultats. Mais si sur le moment de leur application, nous étions si peu satisfaits de tous ces appareils, c'était bien pis le lendemain; bandes, frondes et cravates, tout était déplorablement relâché. J'essayai de fortifier l'appareil de Desault en l'imbibant d'une décoction d'amidon; bien que le malade fut très-docile, le bandage était tout aussi bien parti le lendemain. Cinq à six jours se passèrent ainsi; enfin en réfléchissant sur ces difficultés, et appliquant le principe lumineux de M. Mayor, que tout appareil de contention doit agir comme la main du chirurgien dans la réduction, j'arrivai à cette conséquence, que la luxation ne serait bien maintenue réduite qu'à l'aide d'une pression continue sur l'extrémité luxée.

Je fis donc confectionner un appareil construit sur ce

plan par M. Mélécot, directeur du bazar chirurgical. Mais le temps qu'il fallut perdre pour le réaliser se prolongea beaucoup ; le malade, ennuyé de l'hôpital, voulut en sortir ; ce fut donc au dehors que je continuai à diriger son traitement. L'appareil ne put lui être appliqué que le 6 octobre, dix-neuf jours environ après l'accident.

Une ceinture piquée, serrée par des courroies, embrassait le corps du malade au-dessous de l'aisselle ; et du côté gauche, en avant et en arrière, présentait plusieurs boucles qui devaient servir à fixer le compresseur. Un bracelet lacé entourait l'avant-bras et la moitié inférieure du bras, dans la vue de prévenir l'œdème du membre ; des courroies armées de boucles s'inséraient à sa partie externe au-dessous du coude. Sur l'épaule même devait appuyer un tourniquet de J.-L. Petit, mais avec ces modifications essentielles, que la plaque du dessous soigneusement garnie était fortement concave d'avant en arrière pour ne pas vaciller et pour embrasser solidement l'épaule ; la plaque supérieure offrait, près de chacun de ses quatre bords, une mortaise dans laquelle venait s'insérer une forte courroie fixée d'autre part aux boucles de la ceinture et du bracelet ; en sorte que cette plaque, tenue par ses quatre côtés et fortement attirée en bas, formait un point d'appui suffisant pour la vis qui devait en écarter la seconde plaque.

La réduction étant donc faite à l'ordinaire, le coude rapproché du tronc et porté en avant, la main gauche maintenue élevée à la hauteur de l'épaule droite, l'appareil fut appliqué et parut remplir parfaitement son but. La pression était cependant très-forte, à cause de la résistance énorme des muscles ; et le malade ne dormit pas des deux premières nuits. Je relâchai la compression par intervalles, et le malade s'y accoutuma peu à peu ; mais du troisième au quatrième jour la pression exercée sur l'avant-bras au dessous du coude par les courroies, commença à se faire sentir ; devint insupportable, malgré les garnitures d'étoupe et de coton qu'on pût employer ; et le cinquième jour, une ulcération vive, douloureuse, étendue, occupait le coude. Il fallait renoncer à l'appareil ou trouver un autre moyen de le serrer. J'imaginai de faire fabriquer deux plaques en tôle de zinc, oblongues, de quatre pouces de longueur environ sur trois et demi de large, courbées en gouttières pour recevoir la face postérieure du bras et celle de l'avant-bras, et à bords relevés pour éviter le pincement de la peau. Ces deux plaques appliquées l'une à un pouce au-dessus, l'autre à un pouce au-dessous du coude, et l'avant-bras fléchi à 45 degrés, j'embrassai le cône formé ainsi par le membre dans le nœud coulant d'une forte courroie qui portait sur le centre de mes deux plaques ; l'extrémité de la courroie, après avoir traversé le nœud, montait en dehors du bras, et s'attachant à l'aide d'une boucle à l'une des courroies du tourniquet, remplaçait parfaitement celles qui avaient ulcéré le coude. Ce simple moyen réussit au-delà de mes espérances ; la plaie du coude, laissée à découvert, se cicatrisa à vue d'œil ; aucun gonflement ne survint et aucune douleur ne se fit sentir de ce côté jusqu'à la fin du traitement.

Mais il n'en était pas de même à l'épaule. On eut beau mettre sous la plaque compressive un petit matelas séparé ; la pression sur la saillie osseuse sous-cutanée rougit enfin la peau, puis l'excoria ; et pour éviter la nécrose il fallut changer un peu le point de compression et le reporter plus en dedans sur le corps même de la clavicule. Dès ce moment aussi la réduction fut moins parfaite ; l'épaule semblait se reporter un peu en dedans ; pour la rejeter en dehors, j'essayai de mettre sous l'aisselle le coussin de Desault ; le malade ne put le supporter que trois jours. A travers tous ces accidens nous atteignîmes le 17 novembre ; il y avait 42 jours pleins qu'il portait l'appareil ; je jugeai que la consolidation des ligamens était assez forte, sinon pour résister à des mouvemens du membre, du moins pour suffire à la contention des os dans le repos. J'enlevai le tourniquet d'abord ; quelques jours après je me contentai pour soutenir l'avant-bras d'une simple écharpe. Au bout de cinq à six jours je commençai à lui faire exécuter quelques mouvemens, et je les étendis beaucoup lorsque l'ulcération de l'épaule fut cicatrisée, ce qui n'arriva que dans les premiers jours de décembre.

Les articulations de l'épaule et du coude étaient excessivement raides ; cinq douches de vapeur aidèrent à les relâcher ; et des exercices fréquens ramenèrent peu à peu les mouvemens. Le 15 décembre le malade commença à travailler de son état, et il n'a pas discontinué depuis.

Un fait assez important mérite ici d'attirer l'attention. Lorsque j'enlevai pour la première fois tout l'appareil, le bras était extrêmement amaigri ; le muscle pectoral, le sus-épineux, le sous-épineux étaient presque atrophiés ; le deltoïde participait à cette maigreur. Il en résultait que le malade vu de face présentait une très-notable difformité ; le bras plus mince paraissait plus long ; l'épaule semblait rapprochée du sternum, et la dépression très-considérable du creux sous-claviculaire faisait penser qu'elle était et resterait très-inclinée en devant. De même la saillie de l'extrémité de la clavicule était très-sensible en arrière ; et j'eus quelques momens la crainte que tant de courage et de souffrances n'eussent été pour mon malade que d'une équivoque utilité. J'espérais cependant que le nouveau développement des muscles égaliserait ces creux et ces saillies ; l'effet a réellement surpassé cette attente. Aujourd'hui 24 février, le bras est aussi gros, le deltoïde aussi saillant en dehors, le creux sous-claviculaire aussi plein que du côté opposé ; un œil même exercé aurait de la peine à trouver à la face antérieure quelque différence entre cette épaule et l'autre ; en arrière et en haut, le sus-épineux encore maigre laisse saillir un peu la clavicule, qui d'ailleurs n'est pas complétement rentrée en sa place ; tous les mouvemens s'exécutent avec une entière liberté, hors le mouvement d'élévation du bras, le dernier que j'aie permis de tenter ; encore toute la différence consiste en ce qu'il élève la main droite à 3 pouces plus haut que la gauche. La cicatrice est rouge,

mais solide; et les os sont parfaitement maintenus en rapport.

Il importe de faire remarquer avant tout que le déplacement portait bien tous les caractères indiqués par Galien, un intervalle de trois doigts entre les deux os, et la figure de la partie qui simulait la luxation du bras. Peut-être est-il permis aussi de penser que si les os n'avaient point été rapprochés, les mouvemens du bras auraient été perdus en grande partie; et le pronostic d'A. Paré, faux pour la luxation incomplète, s'appliquerait donc beaucoup mieux à la complète. Mais le véritable intérêt de l'observation s'attache aux moyens de réduction.

Jusqu'à présent on n'a proposé et appliqué qu'une méthode unique, celle qui consiste à porter l'épaule en haut et en dehors, et à exercer une compression plus ou moins forte sur la clavicule. Si cette compression par les procédés connus est si peu efficace dans la luxation incomplète, on ne saurait en espérer beaucoup dans la luxation complète; aussi ont-ils tous successivement échoué sur notre malade. M. Mélicot m'a dit avoir vu deux luxations analogues, mais les souvenirs lui manquaient pour décider si elles étaient complètes ou incomplètes, l'une traitée par M. Tanchou, l'autre pour laquelle M. Larrey appliqua, avec toute l'habileté qu'on lui connaît, son appareil inamovible. Dans l'un et dans l'autre cas le traitement échoua; l'appareil inamovible était défait dès le lendemain. Pareille chose nous est également arrivée.

La compression, telle que je l'ai appliquée, est bien autrement sûre et énergique; mais elle a aussi de graves inconvéniens. Sur notre malade, homme de haute taille et de muscles athlétiques, la résistance a forcé de la porter à un degré extrême, et sans doute chez des individus plus faibles on n'aurait pas tant de difficultés à vaincre et d'accidens à redouter. Galien raconte que plusieurs hommes de son âge ne voulurent pas souffrir la compression nécessaire; quant à lui, il a noté qu'elle excitait un sentiment de froid et une distension des muscles du cou qui faisait craindre des convulsions; il ne parle ni de douleur au point comprimé ni d'ulcération. Je crois cependant que celle-ci sera très-difficile à éviter, et comme chez les femmes surtout elle laisserait une difformité fâcheuse, je vais indiquer une méthode nouvelle qui me paraît promettre de meilleurs résultats.

Ce fut en partie le hasard qui me la fit découvrir. Lassé de réappliquer tous les matins des bandages qui se défaisaient avant le soir, je cherchais une position qui pût seule maintenir la réduction, sans toutes ces bandes et ces compresses. En songeant que le trapèze était le muscle qui me résistait le plus, j'essayai pour le mettre dans le relâchement, de relever le bras en haut et en dehors de manière à former avec le cou un angle d'environ 45 degrés. A ma grande joie, cela réussit parfaitement; la moindre extension sur le coude, sans nulle pression sur la clavicule, remettait les os en place; M. Gerdy jeune, interne du service, et plusieurs autres personnes s'en convainquirent avec moi. J'avais donc proposé au malade de rester à l'hôpital; le poids du corps couché sur le dos aurait fait une contre-extension suffisante; et un simple lacs attaché à une des colonnes du lit et qui eût embrassé le coude aurait servi à l'extension. Mais déjà il avait pris sa résolution de quitter l'hôpital; et plus tard il préféra un appareil qui lui permettait de se promener, à une extension qui l'aurait retenu au lit si longtemps. Sans doute c'est un très-grave reproche qu'on peut adresser à cette méthode nouvelle; mais la compression en encourt bien d'autres sans promettre un succès aussi complet; et la guérison d'une luxation claviculaire mérite peut-être autant de sacrifices que celle d'une fracture de jambe.

Si j'avais à employer cette extension, je conçois deux manières de la faire: ou bien appliquer sur la partie latérale du tronc une attelle qui suivrait le bras relevé au degré nécessaire, et se courberait au coude pour permettre de fléchir l'avant-bras; ou bien un lacs passé sur la clavicule aiderait la contre-extension et empêcherait surtout le dérangement de cette partie; et l'extension se ferait sur la partie inférieure de l'humérus. Je sais que ce dernier point offrirait quelques difficultés à cause de la striction prolongée qui serait nécessaire; mais, autant pour cette extension prolongée que pour l'extension énorme et brusque qu'exige la réduction des luxations scapulo-humérales, j'ai imaginé deux attelles de zinc qui, embrassant le coude fléchi et faisant porter une grande partie de la force extensive sur la face antérieure de l'avant-bras, permettraient d'abord de varier le point de prise de l'extension, et, en la répartissant sur une large surface, en diminueraient beaucoup les inconvéniens.

Un dernier mot sur l'amaigrissement et la raideur du membre. Galien avait éprouvé une semblable atrophie: il la fit disparaître, dit-il, au moyen d'un bandage. Les anciens attribuaient en effet cette vertu à quelques-uns de leurs bandages; leur opinion a été rejetée, à juste raison à mon avis. Les exercices bien combinés sont le meilleur moyen de restituer et la mobilité et la force; et la promptitude avec laquelle Schwitzer a recouvré l'une et l'autre, montre encore combien est vaine la crainte de l'ankylose après un repos aussi prolongé.

N° 12. — 19 MARS.

Mémoire sur la contracture des poumons et de la phthisie par contracture; par J. QUISSAC, chirurgien chef-interne à l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi.

(Deuxième partie.)

Contracture à l'état chronique, ou de la phthisie par contracture.

Après avoir décrit la contracture des poumons dans des cas où elle présentait un caractère aigu, nous allons la voir revêtir dans d'autres une forme plus ou moins chronique, et déterminer une série de symptô-

nies qui constitueront une véritable phthisie par contracture.

Tout ce que nous avons pu trouver dans les auteurs anciens au sujet de cette espèce de phthisie, se borne à cette remarque, faite par quelques-uns d'entre eux : qu'ils ont trouvé, dans certains cas rares, à la suite de cette maladie, les poumons comme desséchés. Voilà à quoi se réduit tout ce qu'ils en disent. Rien, du reste, sur les symptômes particuliers à cette affection ; rien de précis sur les lésions qu'a subies l'organe, non plus que sur la manière dont elles se sont développées.

Quelques-uns d'entre eux décrivent, à la vérité, une phthisie nerveuse qui semblerait annoncer par sa dénomination qu'elle pourrait bien n'être pas sans rapport avec celle dont nous allons nous occuper ; mais qu'on jette un coup d'œil sur les lésions observées après la mort, et l'on verra qu'elles n'ont rien de commun entre elles. Il est toujours question de suppuration de l'organe pulmonaire, genre d'altération qui ne saurait exister dans la contracture, du moins à l'état ordinaire, sans complication. Cette dénomination paraît n'avoir été donnée qu'à des phthisies tuberculeuses accompagnées d'une vive susceptibilité nerveuse.

Quant aux auteurs modernes, la phthisie nerveuse n'a pu trouver de place dans leurs écrits, et l'atrophie idiopathique, ou *contracture* du poumon, n'en a pas eu davantage.

Obs. III. — En juin 1832, fut reçu à l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi le nommé Sallin, décroteur, âgé de 20 ans, d'un tempérament bilieux. Sa figure pâle offrait l'expression de la plus vive souffrance ; sa maigreur était squelettique ; il toussait et rendait des crachats jaunâtres qui paraissaient simplement muqueux.

Voici les renseignemens que nous obtînmes ; issu de parens sains, il était parvenu à sa 18e année sans avoir eu d'autre maladie que la variole. Adonné à cette époque à l'onanisme, il commença à tousser, sans éprouver ni douleur ni gêne de la respiration. Au bout de quelques semaines, à cette toux, qui avait tant soit peu augmenté et qui était accompagnée d'une légère expectoration, vint se joindre une douleur dans les deux côtés de la poitrine, moins incommode par elle-même que par une sorte de constriction qu'éprouvaient les poumons, et pendant laquelle les mouvemens d'inspiration étaient pénibles et peu étendus. Elle était extrêmement bizarre dans ses apparitions et sa durée, revenait tantôt le matin, tantôt le soir, durait quelquefois plusieurs heures, plusieurs jours, disparaissait d'autres fois au bout de quelques minutes. Ce qu'il y avait de remarquable, c'est que, lorsqu'il restait chez lui, soit levé, soit au lit, livré à lui-même, la douleur persistait plus longtemps ; tandis qu'il lui arrivait souvent de la voir cesser en allant faire une promenade à la campagne, ou bien en se livrant avec ses amis à quelque exercice qui exigeait un certain déploiement des forces musculaires ; plusieurs fois une forte impression déterminée sur son moral l'avait fait disparaître presque instantanément ; c'étaient de véritables accès de contracture (1), qui se présentaient avec la plus grande irrégularité. Séparés, dans le principe, par des intervalles de plusieurs jours, ils devinrent peu à peu plus rapprochés, plus incommodes, et ne laissèrent aucun moment de repos au malade, qui se décida à entrer à Saint-Éloi.

Il était à cette époque, comme nous l'avons déjà dit, d'une maigreur extrême, et ses traits portaient l'empreinte de la plus vive souffrance. Il lui semblait quelquefois qu'on lui serrait avec force les poumons ; la douleur était alors intolérable ; les momens de rémission étaient devenus rares, et n'étaient marqués que par un léger soulagement. La toux était fréquente, et les crachats d'une couleur jaunâtre, abondans ; les digestions se faisaient difficilement ; le repos fuyait le malade ; des sueurs copieuses et une petite fièvre continuelle contribuaient à l'affaiblir. La poitrine, rétrécie dans tous ses diamètres, donnait à la percussion une sonoréité remarquable ; l'auscultation faisait percevoir une respiration bronchique d'un très-petit volume, avec quelques râles muqueux et sibilans.

La maladie était trop avancée pour que les moyens qu'on employa pussent avoir quelque succès ; aussi l'amaigrissement et le marasme devinrent-ils chaque jour plus considérables, et la mort vint, le 8 juillet suivant, terminer cette déplorable existence.

A l'autopsie, on trouva les poumons rapetissés, raccornis, n'occupant qu'une très-petite partie de la cavité thoracique ; leur forme était normale, leur couleur rosée, leur densité remarquable dans toute leur étendue, bien qu'on n'y observât ni engouement ni hépatisation ; leur ténacité était conservée : on avait beau les comprimer, on ne les faisait ni crépiter, ni diminuer de grosseur. L'insufflation ne put leur rendre qu'une bien petite partie de leur volume. Des incisions faites sur divers points de leur étendue ne donnèrent issue à aucun liquide, et présentèrent un tissu homogène, non spongieux, dépourvu de toute production accidentelle. La muqueuse bronchique était d'un rouge vif, et le calibre des conduits qu'elle revêt paraissait avoir perdu de son diamètre à leur origine. Plus profondément, dans l'intérieur de l'organe, ces conduits étaient réduits à des cordons comme fibreux. Les deux plèvres étaient parfaitement saines, soit sur les poumons, soit sur la surface interne de la poitrine ; elles ne contenaient ni gaz, ni liquide. Les ganglions bronchiques avaient leur volume ordinaire ; il en était de même des ganglions lymphatiques du cou.

Le cœur contenait quelques caillots dans les cavités droites ; son volume n'offrait rien de particulier.

L'abdomen ne présenta aucune lésion.

Obs. IV. — Madeleine Souchon, âgée de 29 ans, d'une constitution délicate, fut portée à Saint-Éloi, le 14 février 1834, pour y être traitée d'une fracture comminutive de la jambe, qu'elle venait d'éprouver. Le cas

(1) On ne peut s'empêcher de reconnaître l'analogie de cette époque de la maladie de Sallin avec ce qui se passe dans l'asthme.

était très-grave ; aussi fut-on un instant indécis sur le parti qu'on prendrait. Le désir de conserver le membre à la malade l'emporta cependant ; on fit l'extraction de quelques esquilles, et la jambe fut placée dans un appareil convenable. Il survint des phénomènes inflammatoires, dont on eut bonne fin au moyen des anti-phlogistiques. Mais ce que l'on ne put empêcher, fut une suppuration abondante, occasionnée par la présence de quelques esquilles qui n'étaient pas complétement détachées. Malgré l'épuisement qui devait résulter d'un pareil état, elle arriva vers la fin de mai sans avoir trop perdu de ses forces. A cette époque, on avait pu enlever, à divers intervalles, de nouvelles esquilles qui étaient devenues libres ; mais il en restait encore quelques-unes qui entretenaient une suppuration abondante. Tout d'un coup, dans le même temps, sans cause connue, la malade commence à tousser, et dès le même moment la suppuration de la jambe diminue. La toux devient chaque jour plus forte, et l'expectoration, d'abord légère, fournit des crachats nombreux, épais et jaunâtres ; tandis que la suppuration se réduit d'une manière si sensible, que le pus fourni par la jambe imbibe à peine la charpie dont on couvre les plaies. La malade se plaint d'une légère douleur dans les deux côtés de la poitrine, et d'une certaine difficulté dans les mouvemens d'inspiration : symptômes qui persistent d'une manière à peu près continue. La percussion fournit un son très-sonore, et l'oreille appliquée sur la poitrine fait percevoir une respiration qui devient chaque jour moins étendue, moins expansive, et qui prend le caractère bronchique, tout en perdant journellement de sa force ; de sorte qu'elle finit par ne pouvoir être presque plus entendue qu'entre l'omoplate et la colonne vertébrale.

Le 10 juillet, la toux, l'expectoration avait *complétement cessé ;* les mouvemens d'inspiration semblaient moins gênés ; il n'existait presque plus de douleur ; la jambe ne fournissait plus de pus, bien que les ouvertures fistuleuses ne fussent pas fermées ; on eût dit la malade guérie de ses deux affections. Une semaine se passa dans cet état de calme. Le 18 juillet, elle mourut presque subitement.

Autopsie vingt heures après la mort.

Les deux poumons, accolés à la colonne vertébrale, n'ont guère plus que le volume du poing ; leur couleur est grisâtre, leur forme normale ; saisis avec la main, ils ne crépitent presque pas et ne diminuent que très-peu sous la pression. Des incisions faites sur divers points présentent un tissu non spongieux, libre de tout engorgement sanguin ou séreux, de toute production accidentelle.

Les bronches sont de plus en plus resserrées sur elles-mêmes, à mesure qu'elles pénètrent dans l'épaisseur de l'organe ; de sorte qu'elles perdent leur calibre à une certaine profondeur. La membrane muqueuse qui les tapisse offre de la rougeur et un peu de tuméfaction.

Les plèvres sont parfaitement saines dans toute leur étendue, et ne présentent pas le moindre épanchement, soit liquide, soit gazeux (1).

Les ganglions bronchiques n'ont que leur volume ordinaire.

L'abdomen est sain dans tous ses viscères : il en est de même des organes encéphaliques.

Les os de la jambe offrent plusieurs petits séquestres, renfermés dans des cavités tapissées par une membrane. On ne trouve dans l'épaisseur du membre aucun foyer purulent ; les trajets fistuleux qui existent encore ne contiennent que quelques gouttes de pus.

Après avoir lu les deux observations que nous venons de rapporter, nous demanderons s'il n'est pas bien évident, et d'après les symptômes et d'après les lésions cadavériques que nous avons décrits, que l'un et l'autre de ces malades sont morts d'une véritable consomption pulmonaire ? Nous demanderons si on peut trouver autre part que dans la poitrine la raison d'une terminaison si funeste ? Des faits de cette espèce ne sont certes pas communs ; mais ils le sont peut-être plus que ne le ferait supposer le silence des auteurs, et surtout des modernes. Nous sommes convaincus qu'il en est passé beaucoup de semblables tout à fait inaperçus, et cela parce que pendant la vie on n'aura pas eu recours aux lumières que fournissent l'auscultation et la percussion, et qu'après la mort, ou bien on n'aura pas ouvert le cadavre, ou bien on n'aura pas reconnu la lésion.

Ceux dont l'autopsie n'aura pas été faite auront été considérés comme morts de phthisie tuberculeuse, en raison de la toux, de l'expectoration et des symptômes colliquatifs qu'on aura observés pendant la vie; tandis que si le cadavre a été ouvert, les poumons auront été regardés comme sains et la muqueuse des bronches tout au plus affectée de catarrhe, si la contracture n'a pas été portée à un haut degré, et qu'on aura prononcé le mot *atrophie*, si le volume de l'organe a été excessivement réduit, comme par exemple chez Sallin.

Mais passons à l'examen des parties les plus saillantes de ces observations.

Chez Sallin, la cause de la maladie fut l'onanisme, si propre au développement de la phthisie, et par l'épuisement qu'elle produit, et par la concentration des mouvemens qu'elle amène sur la poitrine. Ce sont, à la vérité, des tubercules que cette funeste habitude fait naître le plus souvent, tandis qu'ici elle donna lieu à l'inflammation de la muqueuse des bronches ; mais ce sont toujours les poumons qui furent atteints ; il n'y eut de différence que dans l'espèce de tissu.

Il ne serait pas très-facile de décider qu'elle fut la cause de la même affection chez la femme. Peut-être dépendait-elle de la résorption du pus qui se faisait à la jambe ; peut-être avait-on là un exemple de ces inflammations internes qui se forment sous l'influence

(1) Nous croyons devoir faire observer que cette absence de gaz, signalée dans les observations, s'accorde peu avec la sonoréité de la poitrine et avec le vide que l'auteur dit exister dans la cavité pleurale. (Voyez plus bas). (*N. du R.*)

d'une irritation extérieure ; il ne serait pas impossible, enfin, que le chagrin qu'elle éprouvait de sa position fût entré pour quelque chose dans le développement de la maladie.

Quoi qu'il en soit, l'inflammation de la membrane muqueuse, qu'on trouva injectée et légèrement tuméfiée, s'annonça chez ces deux individus par une toux légère et sans douleur. Ce ne fut qu'au bout d'un temps dont la longueur ne fut pas la même chez l'un et chez l'autre, et lorsque la toux et l'expectoration avaient fait des progrès, qu'il se manifesta une douleur de poitrine, vive chez le jeune homme, légère chez la femme, et une gêne dans les mouvemens d'inspiration qui leur faisait croire, surtout au premier, que quelque force leur serrait les poumons. Une circonstance à noter, c'est que cette gêne, à peu près continue chez la femme, offrait chez Sallin des intermissions qu'amenaient des causes diverses qui agissaient sur son imagination, ou qui mettaient en jeu ses forces musculaires. N'est-il pas probable, d'après l'organisation déjà signalée des bronches et l'état des poumons à l'autopsie, que c'était à la cessation momentanée de la contraction de la tunique musculeuse qu'étaient dus les momens de calme ? Ce ne fut pourtant que dans le principe qu'il y eut de ces instans de repos ; car lorsque la maladie eut fait des progrès, la constriction devint à peu près continuelle.

Ce qui nous frappa le plus chez la femme Souchon, fut l'état on ne peut plus satisfaisant, en apparence du moins, dans lequel elle passa les huit jours qui précédèrent sa mort. Plus de toux, plus d'expectoration ; disparition presque complète de la gêne de la respiration ; plus de suppuration de la jambe, dont les ouvertures fistuleuses n'étaient pourtant pas fermées. Nous craignîmes un instant, non sans raison peut-être, qu'il se fût développé quelque nouveau foyer d'inflammation dont les symptômes étaient cachés ; mais le calme était si complet, la malade si tranquille, que nous dûmes abandonner cette idée.

Malgré ce repos de huit jours qui devait être suivi de la mort, malgré la cessation de tout symptôme du côté des organes de la respiration, on n'en resta pas moins convaincu que c'était à la lésion de ces derniers qu'était due la fin de la malade, quoiqu'on eût sous les yeux une jambe dont les désordres eussent certainement pu produire le même résultat, et l'on mit sur son billet : Morte d'*affection de poitrine*.

L'autopsie montra qu'on ne s'était pas trompé ; mais, au lieu de cavernes que quelques élèves qui avaient suivi cette maladie croyaient exister, nous trouvâmes (1) un nouvel exemple de contracture : deux poumons accolés à la colonne vertébrale, sains en apparence, sans hépatisation ni engorgemens d'aucune espèce, mais petits, n'ayant pas le tiers de leur volume ordinaire, conservant leur forme, leur ténacité normales, et présentant une densité qui ne paraissait réellement tenir qu'au rapprochement des molécules de l'organe. Nous les comprimâmes avec la main, et nous n'en obtînmes ni crépitation ni diminution de volume, résultats ordinaires de la pression de ces organes à l'état normal. Toutes ces particularités, qui étaient passées inaperçues aux élèves qui étaient avec nous, leur devinrent claires lorsque nous les leurs fîmes remarquer ; et ils demeurèrent convaincus que ces poumons offraient un état morbide, que la réduction de leur volume et leur densité leur avaient déjà fait soupçonner.

Nous pûmes alors nous rendre raison de ce calme de huit jours qui avait précédé la mort. Ayant égard aux rapports qui doivent exister entre l'étendue de la surface respiratoire et la quantité de sang, d'un côté, et entre la quantité de sang et les usages qu'il doit remplir d'un autre, nous en vînmes à reconnaître que, l'étendue de la surface respiratoire ayant été considérablement réduite ici d'une manière graduée, il avait dû se faire chaque jour une moindre quantité de sang, et qu'enfin les choses en étaient arrivées, le 10 juillet, à ce point, qu'il n'y avait plus assez de ce liquide pour soutenir la phlogose des bronches et de la jambe. Il n'y avait plus ni crachats ni pus, parce qu'il ne se formait plus assez de matière première de sang pour les entretenir. La diminution de la gêne de la respiration s'expliquait de la même manière, puisqu'il y avait peu de sang, le besoin de respirer ne pouvait qu'être bien faible. On voit qu'il y avait eu réciprocité d'action du poumon sur le sang et du sang sur le poumon.

On reconnut par l'auscultation que la respiration devenait chaque jour moins expansive, plus petite ; qu'elle s'entendait de moins en moins, en sorte qu'elle finit par ne plus être perçue qu'entre l'omoplate et la colonne vertébrale. Ces divers phénomènes ne doivent pas surprendre, si on fait attention à ce qui se passe dans la maladie dont nous nous occupons. La contraction des vésicules pulmonaires et des dernières ramifications bronchiques, dans lesquelles se produit le phénomène de l'expansibilité, s'opposant à l'entrée de l'air, ce bruit doit cesser, et ne peut être remplacé que par cette respiration qu'on appelle *bronchique*, qui n'a jamais lieu dans les terminaisons des conduits aérifères. Il est évident encore que si la surface de ces conduits diminue, la respiration devra diminuer en proportion égale ; elle ne pourra que présenter un moindre volume. Mais puisque la respiration était bronchique, il semblerait qu'elle devait être bruyante, comme cela a lieu à la suite de l'hépatisation dans la pneumonie, ou lors de la présence de tubercules crus dans le tissu pulmonaire, etc. ; et cependant nous avons noté qu'elle s'entendait chaque jour de moins en moins. Pour expliquer ce phénomène, on n'a qu'à se rappeler que les corps solides sont les meilleurs conducteurs du son ; or, dans l'hépatisation du poumon, dans le cas de tubercules crus, il y a augmentation de densité de l'organe ; par conséquent, le bruit qui se passe dans les bronches doit être plus facilement transmis au dehors que dans l'état sain. Dans la contracture, au contraire, l'organe spon-

(1) Ce fut moi-même qui fis cette autopsie, en l'absence de M. le chirurgien en chef.

gieux de la respiration n'a plus le volume suffisant pour transmettre le bruit qui se fait dans son intérieur aux parois de la poitrine ; il s'est retiré vers la colonne vertébrale, et a laissé entre lui et l'enceinte thoracique un espace vide, ou occupé tout au plus par de la vapeur animale. Doit-on être surpris, dans ce cas, si la respiration ne s'entend pas ? Trouve-t-on dans le vide les qualités nécessaires pour la transmission des sons, et le fluide aériforme jouit-il de cette propriété à un aussi haut degré que les solides ? On la perçoit, à la vérité, entre l'omoplate et l'épine dorsale ; mais cela tient à cette loi que nous avons citée. C'est par l'épaisseur de la colonne vertébrale qu'elle arrive jusqu'à l'oreille de l'observateur.

La percussion est un moyen qui ne trompe jamais quand il s'agit de constater une augmentation de densité du poumon, un épanchement de liquide dans la plèvre; mais quand la poitrine se trouve plus sonore que dans l'état naturel, il est rare qu'on s'en aperçoive, et qu'on en vienne par conséquent à tirer un bon diagnostic. Les deux côtés sont-ils également sonores comme dans ce cas-ci? Ou bien on méconnaît cet excès de sonoréité ; ou bien on l'attribue à la maigreur du malade, qui laisse les doigts frapper sur une surface qui donne plus de son que si elle était recouverte par une couche de parties molles. S'il n'y a qu'un seul côté d'affecté ; bien loin de se douter que c'est là que se trouve la lésion, on croit que c'est l'autre côté qui est malade, parce qu'on a un son moins étendu et qui est pourtant naturel. Il peut arriver encore que s'il s'agit du côté gauche, on attribue au développement de gaz dans l'estomac la sonoréité qui en est tout à fait indépendante. Prévenu sur ces diverses sources de méprise, la percussion nous aida à reconnaître le vide qui s'était fait dans la poitrine.

L'insufflation n'eut pas ici les mêmes résultats que dans les deux premiers cas de contracture aiguë : dans celle-ci les poumons purent reprendre la presque totalité de leur premier volume ; dans l'autre, au contraire, on eut beau les insuffler, ils restèrent rapetissés : racornis. D'où vient donc cette différence, si ce n'est de la durée de la maladie? Dans les deux cas de contracture aiguë, l'état de spasme ne se prolongea pas assez pour que les fibres charnues perdissent leur extensibilité; tandis que dans les autres sa durée fut telle, surtout chez Sallin, que cette faculté fut presque totalement anéantie. Il y eut impossibilité d'insuffler les poumons et de leur rendre leur volume, parce que les fibres musculaires avaient contracté une rigidité qui s'opposait à l'ouverture des ramifications bronchiques et à leur allongement. Si on eût pu leur rendre leur propriété extensible, on eût vu, sans aucun doute, l'organe revenir à son volume normal ; car bien que la cavité des ramifications bronchiques fût effacée, il n'y avait pas union de la surface muqueuse par aucun des divers modes d'inflammation, mais simple rapprochement, très-exact à la vérité, par l'effet de la contraction des fibres circulaires. Cette oblitération peut être comparée à celle qui a lieu dans les artères ombilicales après la naissance, dans la partie du conduit de Sténon qui se trouve au-delà d'une fistule salivaire, etc.

La perte de l'extensibilité musculaire, à la suite d'une contraction prolongée, est un phénomène qui n'est pas rare dans l'économie. On voit tous les jours des individus atteints de tumeurs blanches du genou perdre la faculté d'étendre la jambe, parce qu'ils l'auront tenue trop longtemps fléchie. Certes, les ligamens peuvent bien opposer quelque force à cette extension ; mais n'est-il pas manifeste, d'après la saillie, la tension et la raideur des fléchisseurs à la partie postérieure du membre, disposition qui devient encore plus prononcée lorsqu'on cherche à l'étendre, que ce sont eux qui opposent le plus d'obstacles à ce mouvement? N'est-ce pas à la contraction prolongée qu'ils ont subie qu'il faut attribuer ce nouvel état ? Tous les efforts seront à peu près vains pour le modifier, si l'affection est ancienne, tandis qu'on parviendra à surmonter leur résistance, à leur faire reprendre leur souplesse, si elle ne date pas de loin.

Tout ceci s'applique parfaitement à la tunique musculeuse des bronches atteinte de contraction spasmodique. Il y a de plus ici, pour expliquer cette perte d'extensibilité, l'inflammation de la muqueuse, qui, bien qu'elle ne s'étende pas précisément jusqu'aux fibres musculaires, a cependant son siége trop près d'elles pour ne pas participer en quelque chose à leur donner la raideur qu'elles acquièrent.

De tout ce que nous venons de dire, il résulte qu'il existe encore ici un inflammation de la membrane muqueuse des bronches, accompagnée de la contraction spasmodique de la tunique musculeuse de ces conduits ; contraction qui, dans le principe, tantôt continuelle, tantôt momentanée, fait chaque jour de nouveaux progrès et persiste enfin indéfiniment ; que cette contraction, dont la marche est chronique, et qui fait éprouver au poumon un raccornissement graduel, insensible, donne lieu à une douleur de poitrine plus ou moins vive, à une gêne de la respiration et à un sentiment particulier de constriction qui fait croire aux malades que leurs poumons sont comprimés par une force étrangère ; que la mort arrive au bout d'un temps plus ou moins long, soit par l'épuisement qu'amènent l'expectoration et la fièvre hectique, soit plutôt par le nouvel état du poumon, qui devient chaque jour plus impropre à l'artérialisation du sang ; qu'enfin, à l'autopsie, on trouve un poumon raccorni, contracturé, n'offrant d'autre lésion apparente qu'une condensation, un rapprochement des molécules.

Le diagnostic de la phthisie par contracture devra être établi, et sur les symptômes que nous avons énumérés, et sur les résultats de l'auscultation et de la percussion. En percutant la poitrine, on obtiendra un son plus sonore que dans l'état normal, et qui le sera d'autant plus qu'on se rapprochera de la mort. L'oreille fera percevoir une respiration qui deviendra chaque jour moins expansive et prendra de plus en plus le caractère bronchique ; elle fera reconnaître que le bruit respiratoire, de moins en moins sensible, finit par ne

plus s'entendre qu'entre la colonne vertébrale et l'omoplate. Les divers râles muqueux, sonores et sibilans pourront s'observer, tantôt dans un point, tantôt dans un autre; on sait qu'ils caractérisent la phlogose des bronches.

On ne devra point négliger les lumières qu'on pourra obtenir en ayant égard à la constitution héréditaire ou acquise du malade, à son régime de vie, au pays qu'il habite, à ses passions, aux chagrins qu'il peut avoir éprouvés, etc. Une constitution scrophuleuse, transmise par des parens ou gagnée par des causes débilitantes, devra plutôt faire soupçonner l'existence de tubercules dans les poumons que toute autre affection; il en sera de même d'une nourriture malsaine et de l'habitation de pays montagneux que l'on sait très-propres à amener les mêmes effets. Des passions vives, de mauvaises habitudes, des chagrins, une contention habituelle d'esprit, pourront bien produire également ces résultats; mais nous les croyons capables de déterminer, mieux que toute autre cause, la phthisie par contracture, par cette considération que ces causes agissent puissamment sur le système nerveux, et que la phthisie pas contracture a un caractère nerveux fortement prononcé.

Dans la phthisie tuberculeuse il y a, comme ici, gêne dans les mouvemens d'inspiration; mais on ne trouve pas ce sentiment de constriction qui existe dans la phthisie par contracture, et qui doit en être en quelque sorte le symptôme pathognomonique. Il y a d'ailleurs souvent des hémoptysies qui ne peuvent guère se rencontrer dans l'autre affection. La percussion de la poitrine donne, dans les points qui correspondent aux tubercules, si ceux-ci ne sont pas trop profonds, un son mat; tandis que, dans la phthisie par contracture, cette cavité est toujours plus sonore que dans l'état naturel. On entend enfin des bruits tout particuliers qui appartiennent à la fonte des tubercules (gargouillement, respiration, toux caverneuse, pectoriloquie, etc.), et à l'inflammation qui s'est développée tout autour de ces productions morbides (râle crépitant, respiration bronchique, bronchophonie, etc.), bruits qui manquent presque tous dans la phthisie par contracture.

Il est une espèce de phthisie tuberculeuse qui pourrait fort bien en imposer si on s'en tenait aux résultats de la percussion : c'est celle dans laquelle l'existence de tubercules pulmonaires a été suivie de raccornissement de l'organe, qui a perdu une grande partie de son volume. La poitrine est, dans ce cas, d'une grande sonoréité, pourvu toutefois qu'il n'y ait pas d'épanchement dans la plèvre. La coexistence d'autres symptômes appartenant à la phthisie tuberculeuse devra faire éviter la méprise.

On a quelquefois l'occasion d'observer une affection rhumatismale, à caractère opiniâtre et à marche chronique, qui se fixe sur les côtés de la poitrine et donne lieu à une douleur plus ou moins vive, ainsi qu'à une gêne prononcée des mouvemens inspiratoires. On ne la prendra point pour une contracture, si l'on fait attention à la position superficielle de la douleur et à la cause de la gêne de la respiration qui réside dans les muscles et non dans les poumons; d'ailleurs la percussion, l'auscultation, l'absence de la toux, les circonstances antécédentes, l'état actuel du malade, etc., devront donner des lumières plus que suffisantes pour qu'on ne puisse pas confondre ces deux maladies.

Nous avons donné les caractères anatomiques du poumon contracturé; ils suffisent, ce nous semble, pour le faire reconnaître et pour ne pas le confondre avec d'autres états pathologiques qui s'en rapprochent. De tous ceux-ci il n'en est pas qui pût plus facilement donner lieu à la méprise, que celui dans lequel l'organe s'est atrophié par suite d'une hypertrophie tuberculeuse des ganglions lymphatiques placés sur l'origine des bronches. Ces conduits en ont été comprimés au point d'être aplatis et de ne plus donner passage qu'a une petite quantité d'air, ou même peut-être d'opposer à son entrée une barrière insurmontable. Dans ce cas, ce fluide cessant de pénétrer dans les bronches, celles-ci se sont resserrées sur elles mêmes de manière à perdre leur cavité, en vertu de cette loi organique d'après laquelle tout conduit, toute cavité qui cesse de remplir les usages qui lui étaient dévolus, tend à s'oblitérer. C'est en vertu de cette loi que les artères ombilicales sont converties en cordons fibreux après la naissance; que le conduit de Sténon s'oblitère dans le cas de fistule de la parotide; que les alvéoles disparaissent après l'avulsion des dents, etc. Ce resserrement des bronches est suivi de la condensation des molécules du parenchyme pulmonaire, qui diminue alors tout aussi bien de volume que dans la contracture, et qui offre absolument les mêmes caractères; mais il existe cette différence, que dans la contracture le resserrement est actif et idiopathique, tandis que dans ce cas-ci il est passif et symptomatique.

Il sera plus facile encore d'éviter toute méprise, lorsque le raccornissement du poumon dépendra du développement de tubercules dans son épaisseur, puisque la maladie que nous avons appelée *phthisie par contracture* suppose un organe exempt de toute production morbide. Cette espèce de phthisie tuberculeuse, que nous avons observée plusieurs fois, ne pourrait-elle pas être compliquée de contracture? On a bien dit que la présence des tubercules donnait lieu à cette atrophie des poumons; mais ne sait on pas que, dans la majorité des cas, le développement de ces corps en augmente le volume? Or, peut-on raisonnablement admettre que la même cause, dans des circonstances semblables, puisse produire des effets opposés? Ne doit-on pas supposer que le premier cas renferme la complication signalée?

Enfin un poumon dont le volume aura été réduit par un épanchement pleurétique, ne saurait donner lieu à une erreur. Il est trop évident qu'ici c'est à la pression qu'est due la diminution du volume de l'organe, pour qu'on puisse s'y tromper. La plèvre qui le recouvre est d'ailleurs chargée de fausses membranes plus ou moins épaisses, tandis que dans la contracture elle est à l'état sain.

Le pronostic de la phthisie par contracture nous semble devoir être bien moins fâcheux que celui de toute autre espèce de phthisie. Il n'y a pas, en effet, dans

cette affection, d'altération organique ; ce n'est qu'une lésion des fonctions qui en fait toute la gravité : on peut donc espérer, si la maladie n'est pas trop ancienne, de les ramener à leur direction première.

Pour ce qui est du traitement, il nous semble, d'après l'observation de ce qui se passait chez Sallin, qu'il conviendrait non-seulement d'avoir recours aux antiphlogistiques, aux dérivatifs, aux calmans, etc., selon les cas, mais qu'il faudrait, par-dessus tout, recommander les distractions et l'exercice au malade. Les divers jeux qui mettent en action les forces musculaires, la promenade en voiture, l'équitation surtout, doivent beaucoup contribuer à faire disparaître cet état de spasme fixé sur les poumons, qui fait presque tout le danger de la maladie, et à rétablir l'harmonie des fonctions.

Nous ne serions pas éloignés de croire que c'est dans des cas semblables méconnus que l'équitation a produit des guérisons inespérées. Ce qui nous porte à cette idée, c'est que cet exercice qui convient du reste parfaitement pour prévenir la phthisie tuberculeuse chez les individus qui en sont menacés, devient presque toujours nuisible, lorsque cette maladie est déclarée, par les congestions qu'elle amène sur le poumon et les hémoptisies qui en sont si souvent la suite.

N° 13. — 26 Mars.

Mémoire sur les fistules vésico-vaginales, et sur leur traitement par une nouvelle méthode opératoire, lu à l'Académie des sciences, le 14 février 1836, par M. Jobert, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

(Deuxième article).

Traitement.

Le traitement des fistules vésico-vaginales devait varier en raison des nombreux obstacles que cette maladie oppose aux efforts des chirurgiens. Aussi tous les procédés qui ont été mis en usage ont-ils presque toujours échoué. D'un autre côté, les seules ressources de la nature ont quelquefois suffi pour obtenir la guérison, ou bien les moyens les plus simples ont été suivis des résultats les plus heureux. Le docteur Cumin et Glascow a obtenu une guérison complète dans un cas où la fistule était fort petite, seulement à l'aide d'une sonde introduite dans la vessie. (*Edinburgh medical journal*, n° 76, p. 62).

Mauriceau rapporte qu'il a vu guérir ainsi deux de ces fistules après un espace de quatre mois. Enfin il y a des exemples de guérison spontanée, et même sans l'emploi des sondes, alors qu'il n'existait pas de perte de substance. C'est ce que rapporte M. Clémot (*Bibl. méd.*, t. 59, p. 108) ; il s'agissait de fistules survenues à la suite de l'incision de la cloison vésico-vaginale, pour l'extraction d'un calcul. Dès qu'il existe une perte de substance et que celle-ci a une certaine étendue, les secours de l'art deviennent indispensables, même alors que la fistule a été produite par le bistouri.

On a reconnu généralement que les fistules vésico-vaginales étaient plus difficiles à guérir, toutes choses égales d'ailleurs, lorsqu'elles étaient transversales. Mais il est difficile de comprendre comment une fistule qui est la suite de la mortification de la cloison, peut être plutôt longitudinale que transversale, puisqu'elle résulte d'une perte de substance qui laisse le plus ordinairement une ouverture arrondie ou de forme ovalaire.

Quoi qu'il en soit, la thérapeutique des fistules vésico-vaginales présente des indications différentes, suivant que l'on se borne à combattre les complications ou que l'on tente une cure radicale, ou bien encore que l'on n'a recours qu'à un traitement palliatif.

Traitement des complications. Il y a toujours une inflammation plus ou moins intense de la vessie et du vagin : sans chercher à la faire disparaître complétement, il faut cependant la modérer ; et dans ce but on a recours aux bains, aux quarts de lavemens, aux cataplasmes émolliens, aux boissons adoucissantes prises en grande quantité, de manière à diminuer l'acreté des urines.

Quelquefois les urines charrient des graviers, et des incrustations s'amassent dans le vagin ; il faut alors faire des injections, et les renouveler fréquemment ; retirer ces incrustations avec les doigts, des curettes ou des pinces, en même temps que l'on fait prendre à la malade quelques boissons gazeuses pour tâcher de prévenir la formation de ces corps étrangers, qui seraient autant d'obstacles à la guérison lorsque le temps de l'opération sera venu.

Une complication funeste est, sans contredit, cet état de maigreur, de marasme qu'il est si commun d'observer dans cette maladie ; aussi est-il souvent utile de s'occuper de relever les forces, de restaurer la constitution, pour ainsi dire, avant de faire la moindre tentative pour obtenir une guérison radicale.

Quant aux callosités, elle ne sont pas des obstacles véritables à l'opération ; j'en dirai autant de ces irritations superficielles, de ces éruptions qui disparaissent aussitôt que l'urine cesse de couler par le trajet fistuleux.

Traitement curatif. Pour obtenir la guérison d'une fistule vésico-vaginale, une foule de moyens ont été conseillés et mis en usage ; tous ont été dirigés vers le même but, l'oblitération du trajet. Mais les uns ont voulu l'obtenir par la suppuration, les autres par l'agglutination des parois. Il en est résulté deux grandes méthodes : l'une qui est basée sur la réunion médiate ou secondaire, l'autre qui se propose la réunion immédiate.

Méthode par réunion médiate. Cette méthode comprend plusieurs procédés : 1° la cautérisation ; 2° le procédé de Desault ; 3° celui de M. Jules Cloquet. Jetons d'abord un coup d'œil sur la cautérisation.

Cautérisation. La difficulté de faire manœuvrer les instrumens dans la cavité du vagin devait naturellement conduire les chirurgiens à essayer de cautériser soit avec le fer rouge, soit avec un caustique chimique. Dupuytren, Sparanza et Delpech ont obtenu d'heureux

effets de l'emploi du cautère actuel. Delpech avait été conduit à se servir de ce dernier agent, par l'étude qu'il avait faite du mode de formation de la cicatrice après l'application du fer rouge, et du rôle qu'y joue le tissu fibreux. L'expérience confirma ses idées théoriques, et ce célèbre chirurgien obtint par ce moyen la guérison d'une fistule chez une jeune dame qui en était affectée depuis deux ans. Dupuytren, de son côté, se rappelant la dureté des bords de ces fistules, et pensant qu'aucun autre agent désorganisateur ne pourrait les détruire assez promptement, préférait aussi le cautère actuel.

M. Sanson rapporte l'exemple d'une fistule longitudinale, intéressant la partie inférieure de l'urètre et se prolongeant au bas-fond de la vessie, qui céda à trois de ces cautérisations.

On sait que pour cautériser une fistule vésico-vaginale, il faut placer la malade en travers sur son lit, les cuisses fléchies et écartées, dilater le vagin avec un spéculum bivalve, et, lorsque la fistule est bien à découvert, y porter un cautère rougi à blanc.

Cette cautérisation doit être faite avec prudence, et de manière à effleurer seulement les bords de la fistule, en évitant, autant que possible, l'action du cautère sur la vessie elle-même, et en désorganisant par conséquent le côté de la fistule correspondant au vagin, comme l'a indiqué Delpech, afin d'exciter le resserrement du trajet sans faire éprouver de perte de substance à la vessie.

Cette théorie de Delpech est assurément pleine de sagesse et de prudence; mais malheureusement ce n'est qu'une théorie évidemment inapplicable en pratique, si l'on réfléchit que la vessie est intimement unie au vagin, et qu'il est impossible de porter le cautère sur les bords de la fistule sans intéresser la vessie. Je dirai plus ; il est utile, il est indispensable même que les bords de la fistule soient ravivés dans toute leur épaisseur, sous peine de n'en pouvoir obtenir l'oblitération.

Le cautère doit être proportionné au diamètre de la fistule; mais, en général, il est de la grosseur d'un tuyau de plume, terminé en olive pointue. A ce sujet, il ne faut point oublier qu'un cautère d'un plus gros volume rechaufferait le conduit métallique qui lui sert de guide (le spéculum), et produirait des escarres sur divers points du vagin, comme je l'ai observé chez des femmes à qui j'avais pratiqué la cautérisation du col de l'utérus pour des névralgies de cet organe. Aussi ai-je pris depuis la précaution d'entourer mon spéculum d'un linge mouillé, qui s'oppose à la propagation du calorique. D'un autre côté, si le cautère avait un trop petit volume, l'urine et les mucosités qui le baignent auraient bientôt neutralisé son action.

Le cautère agit d'une manière moins douloureuse sur le point fistuleux lui-même que sur les parties environnantes, au milieu desquelles il dégage une chaleur incommode qui se propage à la vessie et jusque dans le bassin. Au reste, la douleur qu'il détermine est très-passagère.

Il se forme sur les parties touchées une escarre superficielle, qui tombe et laisse après elle des bourgeons charnus qui convergent les uns vers les autres ; s'ils ne se rencontrent pas, bientôt ils se recouvrent d'une membrane qui se cicatrise isolément, et la fistule persiste. Mais si la fistule est étroite, on peut par ce moyen en espérer la guérison. Le gonflement des bords de la plaie est à la fois un obstacle à l'écoulement de l'urine et un moyen de rapprochement des bourgeons.

On cautérise aussi avec le nitrate d'argent, et dans ce cas le caustique est porté sur les bords de la fistule, tantôt à l'aide du porte-crayon, tantôt au moyen d'une tige métallique terminée à une extrémité par un anneau dans lequel est fixé un cône de nitrate d'argent de trois ou quatre lignes de longueur, tenu par un fil ciré. Enfin, quelquefois on porte le cône avec une pince à anneaux, dont les branches sont fixées à l'aide d'un lien. Le spéculum sert non-seulement à protéger les parties, mais encore à conduire les liquides que l'on injecte pour enlever l'excès de nitrate d'argent dissous. Il est évident qu'avec cet argent, moins actif, on sera forcé de cautériser plusieurs fois.

Il ne suffit pas de tenter l'oblitération de la fistule, il faut encore empêcher la vessie de se contracter, et s'opposer à ce que l'urine s'y accumule. Sans cette précaution, la vessie tendrait, par son action, à empêcher les bords de se réunir ; et l'urine filtrerait au travers de la fistule et s'opposerait à l'agglutination des bourgeons.

Dans cette intention, on a proposé d'introduire une sonde dans la vessie. Les Anglais se servent de sondes plates; en France, on les fait rondes. S'il importe peu que la sonde ait telle ou telle forme, quoique, cependant, on doive préférer les rondes qui s'adaptent mieux à la forme du canal, il n'en est pas ainsi de la nature même de cet instrument. Les sondes molles et flexibles, en gomme élastique, valent mieux que les sondes métalliques qui sont dures et irritantes. Desault préfère les premières ; il veut qu'elles soient larges et à calibre bien ouvert. J'adopte entièrement la préférence de ce grand chirurgien ; mais, lorsque la fistule est ancienne, lorsque l'urètre est rétréci, force est bien alors d'avoir recours à une sonde plus petite. La sonde doit dépasser, autant que possible, la fistule en arrière : Desault veut qu'elle aille un peu au delà de l'ouverture fistuleuse, ce qui est quelquefois impossible à cause de l'étendue de la fistule ; le point important est que les yeux pompent bien l'urine dans l'intérieur de la vessie.

On a conseillé avec raison de laisser la sonde sans bouchon, afin que l'urine pût s'écouler continuellement. Cependant cet écoulement continuel, qui inonde la couche, qui baigne les fesses et les organes génitaux, est un inconvénient fâcheux qu'il faut prévenir, et contre lequel je vais indiquer tout à l'heure un moyen simple et facile.

La sonde a besoin d'être fixée, surtout si l'on veut, suivant le précepte de Desault, que la malade soit couchée sur le côté. Deyber indique que l'on se sert à la clinique de Strasbourg d'un bandage en T, dans la pièce verticale duquel passe l'extrémité de la sonde, fixée avec des liens qui s'attachent à ce bandage, en

haut et en bas, ou en dehors et en dedans. Ces liens doivent être tellement disposés qu'il y ait toujours équilibre, de manière à éviter qu'elle ne s'incline dans un sens ou dans un autre. Contrairement à l'opinion de Desault, je pense que la position horizontale est préférable non-seulement pour éviter les dérangemens de la sonde, mais encore pour favoriser l'écoulement de l'urine et fatiguer moins la malade.

Lorsque je place une sonde dans la vessie, je me sers d'une sonde en gomme élastique qui dépasse à peine le méat urinaire, afin de ne pas fatiguer le canal. J'ai vu en effet de ces sondes trop longues qui irritaient beaucoup sa paroi inférieure, et la tiraillaient de manière à causer des douleurs vives. Je préfère aussi une sonde de moyen calibre comme étant moins lourde, et par conséquent moins fatigante. Enfin j'entoure le pavillon d'un morceau de diachylon taillé en gouttière, qui fait les trois quarts de la circonférence de ce pavillon, et qui est fixé à l'aide de liens qui doivent eux-mêmes s'attacher au bandage du corps. L'urine coule le long de la gouttière dans un vase, et c'est un excellent moyen d'éviter que les malades en soient inondées.

Si maintenant nous examinons la valeur de ces procédés, nous voyons que le *cautère actuel* et le *nitrate d'argent fondu* ont le même mode d'action, mais avec une énergie différente; ces deux moyens tendent à produire le gonflement des lèvres de la plaie et à effacer l'ouverture qui livre passage à l'urine. Mais ce n'est que lorsque la fistule est étroite que la cautérisation peut avoir un résultat heureux. C'est pour cela qu'on avait pensé à raviver les bords de la fistule par la cautérisation et à les rapprocher ensuite. Mais il n'en est pas des fistules vésico-vaginales comme des perforations du voile du palais ou des joues, que l'on peut guérir, quelquefois même assez promptement, par le nitrate d'argent ou le cautère actuel, quoi qu'elles aient une certaine étendue. Lorsqu'on cautérise les bords d'une perforation du voile du palais, la force de resserrement qui a lieu dans la nouvelle cicatrice s'exerce alors principalement sur la partie mobile et flottante du palais; d'où il résulte que la demi-circonférence de la fistule qui tient à la partie mobile, tend à s'engager et à se porter derrière la portion de circonférence qui se continue avec celle qui est fixée aux os. Chez un homme qui avait une perforation du voile du palais, j'ai guéri cette fistule accidentelle en déterminant l'adossement des deux portions de circonférence par la pierre infernale, et en les disposant, pour favoriser leur adhérence, absolument comme les deux valvules qui ferment le trou de Botal Quant aux joues, la cautérisation détermine le développement de volumineux bourgeons qui bientôt oblitèrent la perforation, à moins qu'elle n'ait une largeur considérable.

Pour les fistules vésico-vaginales, au contraire, la même force de constriction existe bien dans la cicatrice, mais elle s'exerce suivant toute la circonférence de la fistule, puisqu'il n'y a pas un point qui prête plus que l'autre, et que les adhérences qui existent entre le vagin et la vessie s'opposent par conséquent au resserrement de la fistule et au chevauchement des deux parties de la circonférence. Aussi est-ce là un obstacle presque invincible à la guérison d'une fistule un peu large. D'un autre côté, on n'a pas l'espérance de voir se développer des bourgeons volumineux et nombreux, puisque le tissu cellulaire dense, à peine vasculaire de ces parties, est peu favorable à leur développement.

Il importe aussi de s'opposer aux efforts que peut faire la malade pendant la défécation, et de lui tenir constamment le ventre libre.

Procédé de Desault. Desault se proposait aussi, d'une part, de donner issue aux urines, et de l'autre de rapprocher les bords de la fistule : ainsi, il introduisait dans la vessie une sonde d'un gros calibre; et dont les yeux étaient larges et d'un autre côté, il conseillait de porter dans le conduit vulvo-utérin, soit un tampon de linge, soit une espèce de gant garni de charpie, ou un morceau de liége, ou tout autre corps de la forme d'un cylindre, et recouvert de gomme élastique ou de cire. Par ce moyen, il rapprochait la lèvre antérieure de la fistule de la lèvre postérieure. Desault dit, au moyen de ce contact, avoir obtenu la guérison de fistules urinaires vaginales très-anciennes, dont la largeur était telle, que le doigt pouvait être facilement porté dans la vessie. Cependant un seul fait appuie cette doctrine, encore cet illustre chirurgien avoue-t-il que la malade lui *paraissait* guérie; ce qui permet raisonnablement de supposer qu'il n'a jamais eu la certitude de cette guérison.

Chopart pense, comme Desault, que si la fistule est peu étendue et voisine du col, on peut la guérir par l'usage soutenu de la sonde.

La manière légère avec laquelle Desault a parlé de ses réussites, me fait croire qu'il n'a jamais eu de résultat heureux de l'emploi de son procédé. Pour moi, il est probable que si, dans ce cas, il a parlé d'une manière si favorable de la sonde, c'est qu'il a fait à tort application à la femme de ce qui se passe chez l'homme, faisant trop peu d'attention à la différence si importante qui existe entre les fistules urinaires de l'homme, qui sont étroites et tortueuses, et celles des femmes qui sont courtes et représentent une véritable perforation. On ne peut donc, dans le traitement des fistules vésico-vaginales, se servir de la sonde, avec quelque espoir de réussir, que dans les cas où ces fistules occupent le col de la vessie, sont étroites, récentes, et dépourvues de membrane organisée.

Le procédé de M. Jules Cloquet ressemble au précédent, avec cette différence, que ce chirurgien s'est servi d'un syphon inspirateur pour pomper l'urine dans l'intérieur de la vessie.

Comme on le voit, le tampon conseillé par Hippocrate, et qui, suivant lui, devait avoir une forme cylindrique et être fait de chair de bœuf, a été renouvelé de nos jours, et l'expérience a d'une manière positive prononcé sur son peu de valeur dans la plupart des cas.

Il n'en est pas de même des procédés de l'autre méthode, qui offrent le plus grand intérêt, puisqu'ils ten-

dent à réunir *immédiatement* et sans suppuration les bords de la fistule. J'examinerai plus loin jusqu'à quel point on peut obtenir un pareil résultat.

Méthode par réunion immédiate. Cette méthode, qui aujourd'hui est généralement employée, se compose : 1° de la *suture;* 2° du rapprochement des lèvres par des instrumens unissans; 3° du procédé que j'ai imaginé et qui est une application de l'*élytroplastie.*

Suture. Henri Roonhuyzen, passe pour avoir proposé le premier la suture de la fistule vésico-vaginale. Il conseillait de rafraîchir d'abord la fistule, de mettre les bords en contact par la suture entortillée, et de la soutenir à l'aide d'une éponge.

Depuis, la suture a été diversement modifiée, et je vais brièvement examiner les procédés qui ont été successivement mis en usage.

M. Lewzisky, en 1802, ayant à traiter une fistule vésico-vaginale située à un demi-pouce au-dessus de l'orifice interne de l'urètre, et d'un pouce d'étendue, crut qu'il obtiendrait la cure radicale à l'aide de la suture. Dans cette idée, il se proposait d'employer une canule plate, longue de six pouces, ouverte à ses deux extrémités, courbée dans l'étendue de quatre à cinq lignes à l'une d'elles, offrant au commencement de cette courbure une fente d'une ligne de largeur sur sept à huit lignes de long, et terminée par un anneau à l'autre extrémité; une aiguille courbe et du fil ciré complétaient l'appareil. La malade placée sur le bord du lit, la canule portée sur l'une des lèvres de la plaie, un ressort contenu dans la canule aurait été destiné à chasser l'aiguille devant lui, tandis que l'opérateur aurait porté la main gauche dans le vagin, pour en tendre la paroi antérieure et retirer l'aiguille en la traversant; la paroi opposée eût été traversée de même, à l'aide de la canule à cet effet portée de nouveau dans la vessie. Il se serait servi d'autant de fils qu'il eût été nécessaire pour mettre les bords de la fistule en contact. Enfin il voulait passer ensuite les fils dans un serre-nœud, au moyen duquel il aurait graduellement effacé la fistule vésico-vaginale. Le procédé ne fut pas mis à exécution.

Nægelé, en 1812, proposa divers moyens. Dans un premier procédé, après avoir ravivé les bords de la fistule, il les traversait avec une aiguille faite sur le modèle de celle de Deschamps. Le nombre des points de suture était en rapport avec l'étendue de la fistule. Ensuite il réunissait tous les fils en un faisceau, en les tordant sur eux-mêmes, jusqu'à ce que la malade eût conscience de la constriction; et il les fixait, ainsi réunis, au mont de Vénus, à l'aide de bandelettes agglutinatives.

Dans un second procédé, Nægelé voulait obtenir la réunion à l'aide de la suture entortillée, pratiquée de la manière suivante : des pinces fermées au moyen d'un crochet passant d'un anneau à l'autre, servaient à porter des aiguilles courbes, qui devaient traverser les lèvres de la plaie.

Enfin il a conseillé un troisième procédé qui se rapproche beaucoup de celui de M. Lewzisky, puisqu'il consiste à faire manœuvrer des instrumens de l'intérieur de la vessie vers le conduit vulvo-utérin.

M. Lallemand s'est servi aussi de la suture, en basant son procédé sur les mêmes principes que celui de Lewzisky. Il a préféré, comme le chirurgien polonais, la suture entrecoupée. Préalablement il ravivait les bords de la plaie avec le nitrate d'argent.

Deyber a employé la suture; et comme Lewzisky, il se servait d'une canule, mais qui, au lieu de contenir dans son intérieur un ressort de montre, renfermait un dard aiguillé, traversé à sa pointe par un chas enfilé d'un fil. Cette disposition permettait de porter une extrémité du fil sur la lèvre postérieure de la fistule, de la vessie vers le vagin; puis de rappeler le dard dans la canule, afin de pouvoir bientôt traverser la lèvre antérieure et dégager par là l'autre extrémité de l'anse.

M. Erhmann traita une fistule transversale par la suture faite avec des aiguilles courbes ordinaires, montées sur un porte aiguille, en les faisant agir sur les lèvres de la plaie par le vagin lui-même.

M. Malagodi, en 1828, traita une fistule vésico-vaginale longitudinale par la suture, à l'aide du doigt porté dans l'ouverture fistuleuse qui le recevait facilement. Il attira les bords calleux à l'extérieur vers l'orifice du vagin, puis il les réséqua sur son doigt armé d'un doigtier en peau. M. Malagodi fit ensuite la suture, en faisant pénétrer son aiguille de la vessie dans le vagin, en nouant les fils deux à deux, et enfin en mettant les bords de la plaie en contact.

En 1829, vers le mois de juillet, pour guérir une fistule longitudinale qui avait 13 lignes de long, et dont la commissure inférieure existait un peu au-dessus de l'origine de l'urètre, M. Roux, après avoir ravivé les bords de la fistule et l'avoir agrandie légerement en avant et en arrière, pratiqua la suture entortillée au moyen d'une aiguille courbe, montée sur un porte-aiguille, comme dans la staphyloraphie. L'aiguille armée d'un fil traversa les bords de la fistule d'abord de dehors en dedans, et ensuite de dedans en dehors, entraînant à sa suite une aiguille d'argent de 16 lignes de long, terminée par un bouton et percée d'une ouverture à l'autre extrémité.

Cette aiguille droite fut maintenue en place par un fil entortillé, comme dans l'opération du bec-de-lièvre. M. Roux plaça une seconde aiguille de la même manière. Il se servit de deux pinces à anneaux destinées à fixer, l'une le côté gauche de la fistule, et l'autre le côté droit. Il put alors facilement raviver les bords de la fistule, en pratiquant une incision dans toute la longueur de la lèvre gauche et de la lèvre droite.

Un professeur de l'école de Montpellier, M. Dugès, chez une malade qui avait été cautérisée deux fois en vain par M. Lallemand, saisit les deux lèvres l'une après l'autre avec des pinces de Museux, puis raviva la supérieure avec des ciseaux dont la lame était courbée à angle droit sur le manche, et l'inférieur avec le bistouri. Il put après cela réunir les bords de la plaie à l'aide de la suture entrecoupée; des aiguilles courbes servirent à porter les fils. (*Revue médicale*, 1830.)

J'ai eu recours moi-même à la suture entrecoupée, et dans les deux cas où je l'ai pratiquée, elle a été sans succès. Ces deux épreuves ont été tentées sur la même malade. La première fois, j'ai ravivé les bords de la plaie avec le nitrate d'argent; j'ai passé des fils à l'aide d'aiguilles courbes, montées sur le porte-aiguille de M. Roux, et j'ai maintenu les lèvres de la plaie en contact, en nouant les fils sur elle. Il n'y eut pas d'adhésion. Cet insuccès ne déconcerta pas la malade; et non moins ardent qu'elle pour obtenir la guérison d'une infirmité aussi dégoûtante, je ravivai de nouveau les bords de la plaie, et je tentai de les mettre en contact dans une étendue la plus considérable possible. Pour cela j'avais ravivé les bords de la fistule, en dédolant, aux dépens du vagin et de la muqueuse qui le tapisse: puis j'avais saisi la lèvre antérieure de la fistule dans deux points, et la lèvre postérieure dans deux autres, de manière qu'en serrant les deux bouts de fil, je renversais vers la vessie la surface saignante. Malgré mes efforts, le courage et la patience de cette malade, j'eus la douleur de voir échouer un procédé qui d'abord m'avait souri, et m'avait semblé renfermer toutes les conditions favorables à la réussite.

Comme on le voit, dans toutes les sutures il y a deux temps distincts: dans l'un, on ravive les bords de la plaie, et dans le second, on les maintient en contact. Le ravivement par la pierre infernale devait être et est en effet un mauvais moyen: il agit trop superficiellement pour exciter la déposition de lymphe nécessaire, et pour effacer la forme toujours arrondie des bords de ces fistules qui ne peuvent, par conséquent, se mettre en contact dans toute leur surface. De plus, on laisse ainsi tout le tissu inodulaire dense et serré. Il est donc préférable de raviver les bords de la plaie avec l'instrument tranchant, qui détruit la forme arrondie de la fistule, rend ses bords saignans, et permet l'exhalation de la lymphe, et la déposition de la fibrine du sang dont, à n'en pas douter, la plasticité est un des premiers moyens d'union. Je dois avouer, cependant, qu'il y a quelques difficultés à opérer le ravivement des bords de la fistule, quoique ses difficultés ne soient pas réellement aussi grandes qu'on a bien voulu le dire.

En se servant des pinces de Museux, ou même des pinces dites à pansemens, on peut tirer graduellement les lèvres de la plaie à l'extérieur: ce qui se fait même quelquefois très-facilement chez les femmes qui ont eu plusieurs enfans, comme je l'ai expérimenté moi-même; on les ravive alors avec un bistouri doit, ou bien avec des ciseaux coudés, comme ceux dont s'est servi M. Roux.

Je sais bien qu'avec le spéculum on peut porter le caustique sur les lèvres de la fistule; mais il n'en est pas moins vrai que non-seulement il n'est pas au pouvoir du chirurgien de borner l'action du caustique, mais qu'il n'est pas toujours facile de l'appliquer exactement.

Quant aux différentes sutures, si l'on veut en apprécier la valeur relative, il me semble que la suture entrecoupée est préférable; il faut seulement avoir l'attention de rapprocher assez les bords de la plaie pour qu'ils soient en contact. Les uns préfèrent porter le fil par la vessie, les autres agissent plus volontiers sur les lèvres de la fistule par le conduit vulvo-utérin. Je suis de l'avis de ces derniers, et je ne crois pas qu'il soit aussi difficile qu'on l'a prétendu de faire manœuvrer les instrumens dans le vagin, pourvu toutefois qu'on ait des aiguilles commodes, courbées, courtes, petites et convenablement montées.

Enfin, il faut avoir soin de ne pas trop serrer les fils, qui doivent être cirés, afin de ne couper les lèvres de la plaie que d'une manière lente.

Rapprochement des lèvres par des instrumens unissans. Les chirurgiens modernes ont conseillé de réunir les lèvres de la plaie avec des instrumens unissans, qui doivent demeurer en place jusqu'à ce que l'adhésion soit complète entre les bords de la fistule. Ces instrumens ont tous été imaginés dans le même but. Il en existe trois principaux: 1° celui de Dupuytren, 2° celui de M. Langier, 3° la sonde-érigine de M. Lallemand.

Le professeur de Montpellier fait faire une sonde de quatre pouces de long sur trois lignes de diamètre, renfermant une espèce d'érigne double, en griffe de chat, qui, à l'aide d'un moteur de quatre pouces de longueur sur une ligne de diamètre, et armé d'une pas de vis, sort par deux ouvertures pratiquées à une certaine distance de l'extrémité vésicale de la sonde, et pénètre dans la cloison vésico-vaginale en arrière de la fistule et à quelques lignes de son bord postérieur. A l'extrémité libre de la sonde il existe un ressort à boudin en argent écroui, qui, abandonné à lui-même, prend un point d'appui sur un rebord mince et large d'une ligne et demie. Ce ressort refoule l'urètre vers la vessie, et pousse la sonde dans une direction contraire, lorsqu'il se détend, comme pour la chasser de l'urètre. Ainsi, la sonde entraîne avec elle les crochets, et enfin la paroi vésico-vaginale. Trois pièces composent donc cet instrument: 1° une canule; 2° deux crochets avec leur moteur; 3° une plaque mobile avec un ressort à boudin. La sonde charrie l'urine au dehors, les crochets attirent en avant la lèvre postérieure de la fistule, tandis que la plaque pousse au contraire la lèvre antérieure au devant d'elle.

M. Lallemand, pour raviver les bords de la fistule, se sert exclusivement du nitrate d'argent. Quatre ou cinq applications de ce caustique suffisent en général, à ce qu'il paraît, pour atteindre le but qu'il se propose. Aussitôt que l'escarre est tombée, on rapproche les bords de la plaie préparés ainsi pour une inflammation adhésive, et on les maintient en contact à l'aide de la sonde-érigne.

Il est très-important d'évacuer le canal intestinal, pour que la malade n'ait pas à faire d'efforts pendant les quatre premiers jours de l'application de cette sonde. On comprend à quels accidens pourraient donner lieu ces efforts pendant l'application de l'instrument, qui déchirerait les bords de la plaie. Il faut aussi, pour pratiquer cette opération, attendre que l'époque menstruelle soit passée.

Avant d'appliquer la sonde-érigne, il faut évidemment connaître d'une manière exacte le siége de la fistule. Dans ce but, on se sert du *porte-empreinte*, que l'on introduit dans le vagin afin de mesurer l'espace qui existe entre le bord postérieur de la fistule et le méat urinaire, en ayant soin d'ajouter à cette mesure les six lignes qui doivent se trouver limitées par le bord postérieur de la fistule et l'implantation des crochets. Ainsi, pour une fistule située à un pouce et demi dans le vagin, on devrait introduire les deux ouvertures de la sonde à deux pouces du méat urinaire, point où les crochets doivent sortir par les ouvertures pour traverser la cloison vésico-vaginale.

On introduit donc la sonde dans la vessie, et on la confie à un aide. Le chirurgien porte alors le doigt indicateur gauche sur la lèvre postérieure de la fistule, d'une part pour la soutenir, et de l'autre pour reconnaître sûrement quel point il doit traverser, tandis que de la main droite il fait tourner de gauche à droite le moteur destiné à faire mouvoir les crochets, et cela jusqu'à ce que le pas de vis soit arrêté. Il place près du méat urinaire, autour de la sonde, un coussinet léger de charpie pour protéger les parties molles contre la pression de la plaque, qui, poussée en arrière par la détente du ressort à boudin, vient agir violemment contre l'ouverture du méat urinaire lorsqu'on dénoue les cordons qui la fixaient.

Un vase est placé pour recevoir l'urine, et l'on a soin que les mucosités n'obstruent pas la sonde; il arrive en effet quelquefois que l'urine ne pouvant sortir, il survient de vives douleurs de distension qui ne cessent que par l'évacuation du liquide. La sonde mal placée peut être un obstacle au libre et facile écoulement de l'urine. Il est facile de comprendre toute l'importance de ces précautions, sans lesquelles les lèvres de la plaie sont sans cesse exposées à être déchirées par les griffes de l'instrument.

On nourrit l'opérée avec des substances peu excrémentitielles, des crêmes de riz, des bouillons aux jaunes d'œufs, etc., afin d'éviter les efforts de la défécation.

Suivant M. Lallemand, il suffit de trois ou quatre jours de l'application de sa sonde-érigne pour obtenir la réunion. On fait ensuite rentrer les crochets, et l'on retire l'instrument; on se contente alors d'introduire une sonde ordinaire dans la vessie pour faire écouler l'urine.

Ce procédé me suggère plusieurs réflexions qui me semblent devoir fixer l'attention des chirurgiens.

D'abord, M. Lallemand préfère la *cautérisation* à la *résection* des bords de la fistule; or, j'ai fait remarquer plus haut toutes les chances défavorables de la cautérisation, chances sur lesquelles l'expérience a d'ailleurs prononcé; et j'ai établi, d'un autre côté, toutes les raisons de succès qui existent au contraire pour la résection; je ne reviendrai donc pas sur ce point, qui est déjà un reproche grave à faire à cet ingénieux procédé.

L'instrument de M. Lallemand a encore le désavantage immense d'irriter douloureusement, d'une part l'urètre sur lequel il appuie, de l'autre la vessie, sur laquelle les crochets de sa sonde-érigne agissent par leur pincement nécessaire.

Les contractions que cet instrument excite dans la vessie et les organes environnans, l'irritation qu'il produit nécessairement dans les lèvres de la plaie, jointes aux inconvéniens qui résultent de l'emploi du nitrate d'argent, entraînent fréquemment la déchirure des lèvres de la fistule avant la réunion. Enfin, la présence continuellement irritante de la sonde métallique contribue encore à l'insuccès de ce procédé.

Assurément, si on fait à la suture le reproche de déchirer les lèvres de la plaie, on devra le faire avec beaucoup plus de raison aux griffes de cet instrument. En effet, le chirurgien mesure par ses doigts le degré de pression qu'il doit donner aux fils avec lesquels il pratique la suture, tandis qu'il est impossible de calculer la force aveugle, si je puis dire ainsi, de la sonde-érigne, qui tend sans cesse à déchirer les parties qu'elle étreint. En 1824, M. Lallemand a observé lui-même un cas de délire intense chez une jeune dame chez laquelle il avait fait l'application de son instrument. Le délire s'est-il développé sous l'influence de l'action des griffes de l'instrument sur la vessie, ou sous celle de la pression de la plaque sur l'urètre? Je l'ignore, ou plutôt je suis disposé à rapporter à ces deux causes réunies le trouble nerveux que l'on a observé chez cette jeune femme.

Cependant les femmes éprouvent le plus ordinairement, dit-on, plutôt une sorte d'engourdissement que de la douleur dans l'endroit où a lieu la pression.

M. le docteur Frogé a rapporté, à ce sujet, plusieurs observations pleines d'intérêt. Elles sont toutes recueillies à la clinique de M. Lallemand. La première est très-remarquable.

Obs. III. — Il s'agit d'une nommée Marie Carrier, qui eut un premier accouchement si laborieux, qu'on fut obligé d'avoir recours aux crochets pour le terminer. Après le travail, un flot d'urine s'écoula par le vagin. Cinq mois après, cette femme se présenta à M. Delpech, qui refusa de l'opérer à cause de la trop grande perte de substance. M. Lallemand ne fut pas du même avis; il pensa qu'une opération était nécessaire. Cette malade d'ailleurs était bien réglée, et si l'on excepte une constipation opiniâtre et un écoulement vaginal qui datait de l'époque des couches, elle était dans un bon état de santé.

Il y avait dans le vagin des rétrécissemens et des brides en forme de croissans, situés sur les côtes de ce conduit. M. Lallemand les détruisit, et cautérisa à différentes reprises les bords de la fistule. Après quatre de ces ravivemens faits à des époques peu éloignées, il procéda à l'application de sa sonde-érigne. D'abord les urines coulèrent par la sonde; mais deux jours après elles passèrent dans le vagin, l'instrument n'ayant pas été complétement fixé sur les lèvres de la plaie. Cette première application détermina de la céphalalgie, une chaleur incommode, de la fréquence dans le pouls; le

visage s'anima; la pointe de la langue rougit; il y eut de la soif; enfin il survint des élancemens continuels dans les organes génitaux, ce qui obligea de recourir à des évacuations sanguines. On enleva l'instrument, dont un des crochets était mal sorti, pour cautériser de nouveau et réappliquer la sonde-érigne. Trois jours après, il survint de la courbature, des élancemens dans la vessie et les organes génitaux, des douleurs vives dans le ventre, qui devint sensible à la pression. M. Lallemand fut encore obligé d'enlever sa sonde pour en substituer une en gomme élastique.

Je ne suivrai pas plus loin cette malade, au milieu des symptômes graves de cystite et de péritonite qui devinrent de plus en plus alarmens, et qui faillirent la conduire au tombeau. J'ajouterai seulement que, désespérée de conserver sa fistule après tant de maux, elle tomba dans un état voisin de la démence. A mes yeux, tous ces accidens doivent être attribués, non pas à la cautérisation ni à la destruction des brides, mais bien à la présence des crochets, et à la pression exercée par l'instrument. Mais ce procédé n'a pas seulement l'inconvénient de laisser la malade sans être guérie; il peut encore augmenter l'étendue de la fistule. On en trouvera la preuve dans le fait suivant.

Obs. IV. — Une femme de 26 ans, Marie Cartier, de Podenzac, nerveuse, très-irritable, fut atteinte d'une fistule urinaire à la suite de l'application du forceps dans un accouchement laborieux. Elle entra à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi le 5 février 1834. Le vagin était tellement rétréci dans sa portion utérine, que le doigt ne pouvait arriver jusqu'au col. Le grand diamètre de cette fistule, éloignée de quelques lignes en arrière du col de la vessie, était dirigé transversalement. Il n'avait pas plus de 8 lignes d'étendue. L'urine passait en totalité par la fistule, et pourtant elle était conservée pendant quatre, cinq et même six heures. Cette femme était réglée. On essaya plusieurs cautérisations avec le nitrate d'argent, les dernières produisirent plus de douleur que les premières : l'urine put être gardée plus longtemps. Les lèvres de la fistule étant gonflées, M. Lallemand procéda à leur rapprochement au moyen de son instrument. L'application de crochets occasionna des douleurs vives pendant les premières heures de l'opération. Quatre jours après, la sonde fut retirée. Le cinquième, il s'écoula de l'urine par le vagin. La malade sortit de l'hôpital désespérée; ses urines s'écoulaient continuellement.

Il est évident que les crochets ont peu à peu déchiré la lèvre postérieure, et qu'ils ont ainsi agrandi la fistule, de manière à empêcher que l'urine fût retenue dans la vessie aussi longtemps qu'elle l'était avant l'opération.

Si les faits précédens ont établi des insuccès, on en a cité un cependant dont le résultat a été plus heureux. Françoise Philipon entra à l'hôpital de Montpellier pour se faire traiter d'une fistule vésico-vaginale, qui était le résultat de l'application des crochets dans un accouchement laborieux. La fistule transversale avait un pouce de diamètre; elle siégeait au bas-fond de la vessie. On la cautérisa cinq fois, après quoi on procéda à l'application de l'instrument. La guérison fut complète.

Comme on le voit, dans ce procédé le ravivement des bords de la plaie occasionne peu d'accidens; mais au contraire l'application de l'instrument est douloureuse; elle expose à la déchirure des lèvres de la plaie, à l'agrandissement de la fistule, à l'inflammation de la vessie et du péritoine.

Je dirai rapidement quelques mots encore sur d'autres instrumens qui ont été proposés pour le même but.

Dupuytren a fait faire un instrument ingénieux et d'une application facile; c'est une sonde droite, offrant à son extrémité vésicale deux ouvertures latérales, qui sont fermées ou ouvertes au moyen d'opercules qui s'y adaptent exactement et qui eux mêmes sont abaissés ou élevés par une tige qui parcourt tout l'intérieur de la canule. Un coulant qui entoure le pavillon de la sonde, surmonté de deux plaques ovalaires, complète cet instrument, avec lequel Dupuytren réussit, dit-on, à guérir une fistule vésico-vaginale qui avait résisté au nitrate d'argent.

Cet instrument est introduit dans la vessie; la tige centrale est pressée dans l'intérieur de l'organe; les opercules s'abaissent, les yeux de la sonde s'ouvrent. Le chirurgien tire celle-ci vers lui doucement, et lorsqu'il sent de la résistance, les opercules prenant un point d'appui sur le col de la vessie, il applique des bourdonnets sur le méat urinaire. On presse alors le coulant sur la charpie, et après avoir refoulé l'urètre vers l'intérieur, on le fixe par une vis de pression.

Il est évident que ce procédé ingénieux tend à mettre les lèvres de la fistule en contact et à favoriser leur fusion. Il est entouré de beaucoup moins de dangers que celui de M. Lallemand; seulement, en ne faisant que presser les lèvres l'une vers l'autre, il n'offre pas beaucoup de certitude.

M. Laugier a inventé aussi une érigne double pour les fistules transverses et longitudinales. Cet instrument est composé de deux branches terminées à leur extrémité prenante par des crochets. Ces érignes agissent par le vagin pour éviter l'irritation de la muqueuse vésicale. M. Laugier les a appelées érignes vaginales; il faut mettre une sonde dans la vessie après l'application de l'instrument.

Enfin M. Récamier a inventé plusieurs instrumens, qui pour la plupart ne sont que des modifications de celui du professeur Lallemand. Il faut attendre que l'expérience ait prononcé sur leur efficacité.

Quels que soient les instrumens unissans que l'on mette en usage, il faut toujours se rappeler que les bords de la fistule sur lesquels on opère tendent bien à se rapprocher, mais que presque toujours il y a une perte de substance qui ne permet pas d'obtenir ainsi une guérison sûre et complète; car les bords sont contractés; les lèvres prêtent peu; elles se déchirent sous les crochets, ou bien elles s'écartent sous l'influence des mouvemens du diaphragme, etc.; d'où déchirures et insuccès.

Il résulte de tout ce que je viens d'exposer que la

suture et les *instrumens unissans* ont le désavantage commun et positif de ne pas rassurer complétement le chirurgien sur l'issue d'une pareille opération, qui du reste n'a que très-rarement été suivie de succès, et qui presque toujours, au contraire, a été l'occasion d'accidens plus ou moins graves.

Les *instrumens unissans* et la *suture* ne parviennent que très-difficilement à mettre les lèvres rafraîchies de la fistule en un contact parfait. Cette proposition est si exacte, qu'on ne peut regarder le cas contraire que comme un hasard heureux pour la malade et pour le chirurgien. On peut dire que l'erreur se perpétuait pendant qu'on cherchait les causes de l'insuccès dans le procédé lui-même.

Il est certain que les bords de la plaie sont trop minces pour pouvoir être rapprochés et affrontés d'une manière aussi précise que l'exigerait une réunion parfaite ; et enfin, comme ces fistules sont plus ou moins rondes, il en résulte que l'on ne peut opérer le rapprochement de leurs lèvres que d'une manière fort irrégulière.

Pénétré des inconvéniens de ces méthodes, M. Velpeau a conseillé de fermer la fistule par la paroi postérieure du vagin poussée en avant. Pour juger un pareil procédé, laissons d'abord à son auteur le soin de le met-en usage.

Enfin, une autre méthode a été inventée par M. Vidal de Cassis. Elle consiste à tenter l'oblitération de l'ouverture vulvaire du vagin, afin de faire une cavité de ce conduit, de manière que les urines puissent être versées dans son intérieur comme dans une poche, puis être ensuite portées à l'extérieur par l'urètre. M. Vidal de Cassis a tenté cette opération, et il y a été conduit: 1° par la proximité du vagin et de la vessie ; 2° par l'espérance de voir la paroi postérieure du vagin représenter le bas-fond de la vessie ; 3° par l'absence des règles, qui a fréquemment lieu dans cette maladie ; 4° par le retour facile de l'urine dans la vessie pour être rejetée par l'urètre ; 5° enfin par le dégoût qu'inspirent nécessairement les femmes qui sont dans cet état. Or, voici les raisons qu'on lui oppose: 1° le vagin servant de cloaque, et n'ayant pas de contractilité musculaire, n'expulsera pas la totalité de l'urine, ce qui sera une condition de formation de calculs ; 2° on ne peut espérer que la cicatrice, en admettant qu'elle se fasse, résiste longtemps à la déposition putride des urines, qui, dans la station debout et la marche, tendront continuellement à se présenter à l'endroit cicatrisé ; 3° les règles peuvent être conservées chez les femmes affectées de fistules, et alors le sang se mélangera avec l'urine, et sous la forme de caillots ou à l'état liquide, il ne manquera pas de déterminer une irritation continuelle ; 4° enfin, on ne peut pas priver des femmes encore jeunes d'un pareil organe, et cela d'autant moins que l'on en a vu plusieurs fois, malgré leur fistule, devenir enceintes, et mettre au monde des enfans bien constitués. Après avoir exposé le *pour* et le *contre*, je n'essaierai pas de décider la question. Pour arriver à une solution exacte, il faut attendre que M. Vidal ait fait lui-même de nouvelles tentatives, et qu'il ait fait connaître ses recherches.

L'examen approfondi des diverses méthodes, des différens procédés, la plupart si ingénieux, que je viens de passer en revue ; la connaissance, l'expérience même des imperfections qu'ils présentent, des inconvéniens souvent graves qui leur sont attachés, me portèrent à chercher s'il n'y aurait pas un moyen d'une exécution plus simple, surtout plus inoffensive, si je puis dire ainsi, et qui conduisît à un résultat plus sûr, à une cure radicale.

(*La fin à un numéro prochain*).

JOURNAL HEBDOMADAIRE

DES

PROGRÈS DES SCIENCES

ET

INSTITUTIONS MÉDICALES.

MARS 1836.

N° 10. — 5 Mars.

De la spermatorrhée, ou examen de l'ouvrage de M. Lallemand, professeur de la Faculté de Médecine de Montpellier, intitulé : *Des pertes séminales involontaires*, par M. Valleix, D.-M.-P., secrétaire de la Société anatomique, et membre de la Société médicale d'observation.

La manière dont ce livre a été annoncé, jointe à la réputation de son auteur, ont, dès son apparition, vivement excité la curiosité des médecins. Cette publication a même été un petit événement, chose bien rare aujourd'hui. A entendre quelques voies amies, il n'avait pas, depuis longtemps, paru en médecine une œuvre d'une aussi haute portée, et qui dût faire autant d'honneur à la science. On sait que M. Lallemand a la louable habitude de n'exposer ses opinions qu'en fournissant les faits qui lui paraissent venir à leur appui; dès-lors, ce livre fondé sur l'observation, mérite d'être examiné en détail dans ce journal, et l'éclat qu'il a eu, nous fait un devoir d'apporter les plus grands soins et la plus grande rigueur dans notre examen.

Nous avons d'abord été curieux de voir si M. Lallemand avait conservé la méthode qu'il a mise en usage dans ses lettres, et s'il n'avait pas jugé convenable d'y rien changer. Nous pouvons tout d'abord dire que ce nouvel ouvrage est en tout semblable aux précédens. Ainsi, le lecteur nous comprendra facilement dans l'examen rapide que nous allons faire de cette méthode : il n'aura, pour cela, qu'à jeter un coup-d'œil sur une des *Lettres sur l'encéphale*.

M. Lallemand est un des auteurs qui mettent toute la médecine dans les observations. La première épigraphe de ses lettres le prouve : *Ars medica tota observationibus*, dit-il avec Fréd. Hoffmann. En cela il sera d'accord avec bien des médecins, et nous nous hâterons de nous joindre à lui. Mais le principe n'est rien; la manière de l'appliquer fait tout. C'est là que les dissensions commencent, et lorsque M. Lallemand ajoute ces mots de Morgagni : *Neque enim numerandæ sunt, sed perpendæ....observationes*, nous ne sommes plus de son avis. Quoi donc vous voulez tout devoir à l'observation, et vous ne voulez pas les compter? Vous les pesez, dites-vous; mais si l'on vous prouve que cette méthode de compter, dont vous faites si peu de cas, est un des meilleurs moyens de peser les faits, que répondrez-vous? Or, rien n'est plus vrai. Prenons un exemple : Qu'est-ce qu'un signe pathognomonique? C'est celui qui se trouve *toujours* dans une maladie, et *jamais* dans une autre. Qui ne voit déjà que ces mots *toujours* et *jamais*, résultat évident d'un calcul réel, quoique fait à notre insçu, font toute la valeur de ce signe, et lui donnent son véritable *poids*. Il en est de même pour tous les autres signes, quelque rang qu'ils occupent; ils ont toujours d'autant plus de valeur, qu'on les a *plus souvent* trouvés dans une maladie, et plus rarement dans les autres, ou bien encore, qu'ils se sont montrés *plus fréquemment* dans des circonstances particulières. Ce sont là les bases de la pathologie, et jusqu'ici nous ne craignons guère les objections. Mais, qu'on y réfléchisse, l'auteur qui rapportera un nombre très-limité de cas, méritera-t-il autant de confiance quand il dira : tel symptôme se trouve *toujours* ou *très-fréquemment*, que celui qui en présentera un nombre décuple, par exemple? Les observations de ce dernier n'auront-elles pas acquis un nouveau poids par cela seul qu'elles seront plus nombreuses? Il est bien entendu que nous supposons les observations prises avec la même rigueur et la même exactitude, aussi prenons-nous pour devise avec la Société Médicale d'observation : *Perpendendæ et numerandæ*.

Nous avons insisté sur ce point, parce que, dans ces derniers temps, on s'est beaucoup prévalu de ce mot de Morgagni, pour attaquer la méthode numérique. Nous pensons que cette phrase a été mal interprêtée. Morgagni écrivait à une époque où les grands recueils d'observations étaient à la mode; on en faisait des volumes énormes; on les rassemblait par décuries, par centuries, etc.; mais tout cela sans ordres et sans choix. Une avide curiosité présidait seule à ces recueils, et les observations bonnes et mauvaises étaient entassées sans examen et

sans critique ; dès qu'on avait formé une collection bien volumineuse et bien fournie, on croyait avoir fait un bon ouvrage. Il n'est pas étonnant, qu'en cet état de choses, Morgagni, frappé surtout de la nullité du plus grand nombre des faits, se soit écrié : *Non numerandæ sed perpendæ observationes ;* mais si on ne lui eût présenté que des observations bien faites, bien détaillées et recueillies sans prévention, croit-on qu'il en eût méprisé le nombre? Non sans doute, et il eût été le premier à dire : *Perpendendæ et numerandæ observationes.* Il faut les peser d'abord, c'est-à-dire, examiner si elles sont prises avec soin, et si tous les détails s'y trouvent, les soumettre en un mot à une critique sévère ; car pour faire un travail utile, il ne faut employer que de bons matériaux, ensuite, il faut, après les avoir analysées rigoureusement, les compter avec soin, car c'est le seul moyen d'en retirer quelque fruit. La méthode analytique et numérique réunit seule toutes ces conditions.

M. Lallemand est resté, dans ce nouvel ouvrage, fidèle à ses anciennes épigraphes; rien n'est changé dans sa manière : on croirait lire encore une de ses lettres. Je me trompe, il y a un changement, et ce changement est une faute. Il se peut que dans ses lettres, M. Lallemand n'ait pas fait usage de toutes les observations qu'il a pu recueillir ; mais du moins, il ne nous l'a pas dit. Ici, il ne nous laisse aucun doute, il nous apprend formellement qu'il a fait *un choix* dans ses observations. Un choix! et pourquoi? A moins que les observations rejetées ne fussent mauvaises, mal recueillies, manquassent d'authenticité, à quels titres l'auteur en conservait-il une pour en rejeter une autre? Qui sait quels changemens ces faits analysés auraient apportés dans des résultats généraux? Nous ne craignons pas de l'avancer, M. Lallemand, lui-même, l'ignore, et lorsqu'il nous dira, par exemple, telle cause agit dans la majorité des cas, ne serons-nous pas en droit de lui répondre : mais si ces faits, que vous avez rejetés, entraient en ligne de compte, qui nous dit que la même cause agirait encore dans la majorité et non dans la minorité des cas? Nous ne prétendons pas, sans doute, qu'un auteur doive imprimer toutes les observations qu'il a recueillies sur un sujet, et que s'il a cinq cents faits, il doive les rapporter tout entiers : ce travail serait fastidieux; mais, tout en ne citant textuellement que ceux qui peuvent faire ressortir tel ou tel symptôme, telle ou telle lésion, nous croyons qu'il est indispensable de tenir compte de tous dans l'analyse générale, il vaudrait cent fois mieux n'en citer aucun, que d'en omettre un seul dans cette analyse.

M. Lallemand n'a pas suivi cette marche. Après avoir fait son choix, il a rapporté toutes les observations conservées, au nombre de cinquante, et sur elles seules il a basé son travail. Ainsi, l'auteur commence par faire deux parts dans les faits recueillis : l'une renferme ceux qui lui paraissent les plus frappans, c'est-à-dire, qui présentent le mieux le tableau de la maladie telle qu'il se l'était tracée d'avance; l'autre, contient les faits qui sont moins concluans, et celle-ci est rejetée tout entière. N'est-ce point là la pensée de l'auteur? Conçoit-on, en effet, la possibilité de faire un choix sur des faits qu'on n'a pas encore jugés? Comment oserait-on, s'il n'en était ainsi, en mettre de côté un seul? Ceux que je rejette sont moins saillans, direz-vous ; qu'importe, si de leur rapprochement peuvent naître des résultats que vous ne sauriez prévoir, comme la bonne méthode d'observation nous l'apprend tous les jours. On se dit partisan de l'observation, on croit fermement que toute la médecine est dans les observations, et l'on ne s'aperçoit pas qu'en faisant un choix parmi elles, on est en contradiction avec ses propres principes.

Nous avons cru devoir présenter ces considérations générales sur la méthode adoptée par l'auteur, parce que nous pouvions craindre que quelques lecteurs, trompés par la forme de son ouvrage, fussent portés à croire qu'il était entièrement fondé sur l'observation. Il importait de faire voir que, pour M. Lallemand, les observations ne sont pas la base, mais bien l'occasion d'un écrit, et que, par conséquent, on ne peut pas imputer à la véritable méthode d'observation les erreurs qui peuvent se trouver dans son livre.

Maintenant, passons à l'examen des détails. M. Lallemand, dans une courte exposition, établit d'abord ce qu'il entend par *pertes involontaires de sperme,* et sous le nom générique de *spermatorrhée*, il comprend les *pollutions diurnes* et les *pollutions nocturnes.* Tout ce commencement est composé de pures assertions; nous attendrons l'examen des faits pour les juger. Ensuite, considérant que *les causes jouent le rôle le plus important,* l'auteur les prend pour point de départ dans le classement des faits. Cette division nous paraît singulière. Les causes sont fort importantes à examiner, sans doute ; mais pourquoi n'avoir pas suivi la marche naturelle, et ne s'être pas borné à rechercher dans un article à part, l'influence de chaque cause dans la totalité des cas. N'y a-t-il pas encore ici une idée préconçue. M. Lallemand nous dit que le besoin d'établir un ordre quelconque dans l'exposition d'un sujet entièrement neuf, l'a engagé à faire cette innovation. Elle ne nous paraît pas heureuse. Il nous semble, au contraire, que dans un sujet neuf, dans l'histoire d'une maladie à peu près inconnue, la première chose à faire, est de prouver que la maladie existe réellement. Il fallait donc pour cela, présenter d'abord un certain nombre d'observations (dont néanmoins on aurait tenu compte plus tard dans l'analyse), destinées à mettre l'existence de la maladie hors de doute, et dans lesquelles on aurait surtout insisté sur les symptômes les plus importans. Or, comme dans la spermatorrhée, c'est évidemment l'écoulement involontaire du sperme qui est le symptôme capital; il fallait démontrer que cet écoulement avait réellement lieu, et qu'aucune circonstance n'avait pu induire l'observateur en erreur. M. Lallemand ne l'a pas fait; il a pensé, sans doute, que le lecteur serait convaincu par les faits épars dans son ouvrage. Suivons-le donc dans ses divisions, et à mesure que les faits se présenteront, nous les examinerons, dans le but de savoir *si la maladie*

existe ailleurs que dans l'imagination de l'auteur et de ses malades.

Le volume que nous avons sous les yeux, est divisé en quatre chapitres ; le premier contient l'exposition dont nous avons déjà parlé ; le second a pour titre : Inflammation des organes spermatiques, et traite spécialement de l'*anatomie pathologique;* les deux autres sont intitulés : *Blennorrhagies* et *Affections cutanées*, et sont consacrés à l'examen de ces causes. Enfin, vient un certain nombre de faits qui, ayant chacun leur cause particulière, se trouvent entassés pêle-mêle, sans ordre et sans titre, et pour chacun desquels il faudrait, pour ainsi dire, un titre particulier. Qu'on ne croie pourtant que cette division soit si exacte, que les causes signalées dans un chapitre, ne viennent pas souvent se placer à côté de celles qui sont reléguées dans le chapitre suivant ; ce mélange a lieu très-fréquemment ; mais l'auteur a cru pouvoir ranger les faits dans tel ou tel chapitre, selon qu'une des causes existantes lui a paru avoir le plus d'influence. Si encore il allait, à l'occasion de chaque cause, rechercher dans tous les chapitres, tous les faits qui ont pu la présenter, on concevrait qu'il pût parvenir à en apprécier la valeur réelle; mais il n'en est rien, et s'il s'agit de blennorrhagie, par exemple, peu importe à M. Lallemand, que cette affection ait été notée dans la moitié des cas qui ne sont pas rangés sous ce titre, il n'en tient aucun compte, il ne tire ses conclusions que d'après les faits qu'il a *choisis*, pour démontrer l'influence de cette cause en particulier. On voit déjà quelle indécision, quel vague, quelle confusion résultent de cette *ordre* si malheureusement imaginé par l'auteur.

Anatomie pathologique. M. Lallemand se plaint d'abord de ce qu'on néglige trop souvent d'examiner dans les autopsies, les organes spermatiques. Les causes de cette négligence lui paraissent être, d'une part, le peu de gravité des inflammations de ces organes à leur début, et le peu d'attention qu'on y apporte, lorsqu'il existe une maladie plus grave ; de l'autre, la difficulté de la dissection. Quelles qu'elles soient, nous sommes entièrement de l'avis de l'auteur, car nous adoptons, sans restriction, la règle qui veut qu'on examine avec soin *tous les organes*, qu'ils aient été ou non le siége de symptômes appréciables pendant la vie. Mais, à notre tour, nous demanderons à M. Lallemand, comment il se fait, que dans aucune de ses autopsies, on ne trouve l'ouverture du rachis. N'est-ce point là une omission bien grave ? Nous ne dirons pas à l'auteur, que des symptômes de faiblesse générale, et des membres inférieurs en particulier, s'étant montrés, il fallait nécessairement décrire la moelle ; il suffit que la moelle soit un organe important pour que son examen fût indispensable.

Neuf observations sont consacrées à faire connaître le résultat des autopsies, mais une seule d'entre elles offre un exemple de ce que l'auteur regarde comme une spermatorrhée. Le fait est facile à démontrer. Dans la première observation, M. Lallemand a observé les symptômes, et en a pris note. Dans la seconde, après avoir trouvé une inflammation des organes spermatiques, sur un sujet qu'on croyait mort par suite d'une affection cérébrale, il est allé, *après coup*, aux informations, et de ce que le malade était hypocondriaque, sujet aux rétentions d'urine, et qu'il avait fallu le sonder plusieurs fois, il conclut que tous les symptômes observés, et la mort même, ont été causés par des pertes séminales involontaires et inaperçues. Je le demande, une pareille observation a-t-elle quelque valeur, quelque *poids*, et, puisque M. Lallemand a fait un choix, ne devait-il pas commencer par mettre un pareil fait de côté. Mais voyons les autres. L'observation suivante ne fait plus même mention des pertes de sperme. Un malade meurt d'apoplexie, on trouve des traces d'inflammation ancienne dans la prostate, un rétrécissement du canal de l'urètre, et les vésicules séminales épaissies. La suivante est empruntée à Stoll, qui n'avait point songé à la spermathorrée, dont aucun symptôme ne pouvait lui faire soupçonner l'existence. Viennent ensuite trois observations recueillies et publiées par M. Dalmas, dans lesquelles M. Lallemand, lui-même, ne reconnaît pas l'affection dont il est question ; et enfin, dans les deux dernières, il n'est fait absolument mention d'aucun symptôme : ce sont tout simplement deux autopsie dans lesquelles on a trouvé les organes spermatiques, plus ou moins altérés. Ainsi donc, excepté la première observation, toutes les autres ne peuvent servir à autre chose qu'à prouver que la prostate, les canaux éjaculateurs, les vésicules séminales, etc., peuvent être altérés d'une manière variable, par suite d'inflammations anciennes. Etait-ce là tout ce que l'auteur voulait démontrer ? Non certainement ; il voulait présenter un certain nombre de faits, qui fissent connaître les altérations anatomiques causées par la spermathorrée, mais il a oublié qu'il fallait d'abord établir l'existence de l'affection. Pour appuyer notre manière de voir, nous avons l'aveu tacite de M. Lallemand, lui-même. En effet, dans le cours de son ouvrage, il met à profit sa première observation, dans laquelle il croit voir les symptômes de la maladie ; quant aux autres, après les avoir exposées, il n'en dit plus un mot ; et cependant, elles ont présenté des causes variées, des circonstances particulières, qui auraient dû fixer son attention, si l'existence de la spermatorrhée y était démontrée. Et qu'on ne nous objecte pas ici ce que nous avons dit précédemment de la manière de l'auteur, qui ne va pas chercher dans tous les autres chapitres ce qui pourrait être utile dans celui qu'il écrit ; car si cela est vrai rigoureusement, pour les chapitres qui suivent, il lui arrive cependant quelquefois de puiser dans ceux qui précèdent, comme on le voit pour la première observation. Celle-ci est donc le seul exemple qui nous reste ; on aura beau interpréter les autres comme on voudra, on n'y trouvera rien de plus que ce que nous en avons tiré. Un seul fait doit paraître déjà une bien faible base pour établir l'état des organes dans la spermathorrhée ; mais allons plus loin, et voyons si ce fait même est concluant.

Il s'agit d'un homme dont l'âge n'est pas mentionné,

omission grave dans tous les cas, mais plus en cette occasion qu'en toute autre, puisqu'on attribue sa maladie à une blennorrhagie contractée à seize ans, et qu'il est impossible de savoir de combien de temps cette blennorrhagie a précédé les pertes séminales. Il éprouvait, depuis plusieurs années, des congestions cérébrales ; un jour même qu'il écrivait une lettre, il s'arrêta tout à coup, comme si la main qui tenait la plume était paralysée; il était rouge, agité, sa démarche était chancelante, et néanmoins, il ne pouvait pas rester cinq minutes à la même place; sa physionomie portait l'empreinte d'un effroi profond, sa peau était froide, son pouls petit et lent, son humeur très-sombre, il était irritable, hypocondriaque. M. Lallemand, qui ne croyait pas encore aux pertes séminales chez ce sujet et qui était *préoccupé du danger d'une apoplexie*, comme l'avaient été plusieurs médecins consultés avant lui, obtint du malade, à force d'instances, qu'il se fit appliquer six sangsues au cou.

Le lendemain, face très-pâle; affaiblissement tel que le malade ne peut sortir, ce dont il est désespéré, car il ne peut rester en place ; gonflement œdémateux de la parotide droite, et de la joue, remplacé les jours suivans, par un état semblable du pied et de la jambe gauches.

Rien encore, comme on le voit du côté des organes génito-urinaires; cependant, ces symptômes suffisent pour attirer l'attention de l'observateur. Prenant, alors, des renseignemens sur l'attaque éprouvée autrefois, il s'assure, sans nous dire par quels moyens, que c'étaient les idées qui avaient manqué, et non les mouvemens de la main qui tenait la plume. Les deux moitiés du corps avaient conservé une égale force. L'attention de l'auteur redoublant, il s'informe, auprès de la femme du malade, de ce qui s'est passé après le mariage ; il apprend d'elle que son mari était devenu inquiet, irascible, tracassier ; et dès-lors, il commence à croire à une spermatorrhée ; mais tous ses doutes cessent, lorsqu'il peut examiner les urines qu'il avait fait garder.

Je laisse parler M. Lallemand : « Leur aspect seul, dit-il, me prouva que j'avais deviné juste. Elles étaient troubles, épaisses, d'une odeur fétide et nauséabonde, semblables à de l'eau dans laquelle des pièces anatomiques seraient restées longtemps en macération. En les transvasant lentement, je vis s'écouler un nuage floconneux, comme une décoction d'orge très-épaisse; une matière glaireuse, filante et verdâtre resta fortement adhérente au fond du vase ; enfin, des globules épais, d'un blanc jaunâtre et non adhérens, étaient mêlés à ce dépôt, comme des gouttes de pus. Je restai convaincu, dès lors, qu'il existait, non-seulement une perte séminale, mais encore une inflammation chronique de la prostate, et une suppuration des reins. »

M. Lallemand a-t-il fait passer sa conviction dans l'esprit du lecteur, quant à l'existence de la perte séminale ? Nous en doutons, et nous demanderons aux pathologistes et aux chimistes, s'ils trouvent dans les caractères de ces nuages floconneux, de cette matière glaireuse, ou de ces globules, rien qui démontre la présence du sperme dans les urines. Malgré sa confiance dans son diagnostic, l'auteur pousse plus loin ses recherches; il recommande au malade de s'observer, et le lendemain, il apprend de lui, que les dernières gouttes d'urine sont *visqueuses*, et qu'en allant à la selle, il a recueilli *plein le creux de sa main, de matière semblable*. Ces dernières preuves paraissent, à M. Lallemand, tout aussi concluantes que les premières, et nous verrons, dans l'examen des observations suivantes, que bien souvent il s'en est tenu à ce simple rapport des malades qui lui disaient, qu'en allant à la garde-robe, ils rendaient une quantité notable de sperme.

Nous avons voulu présenter cette première observation avec quelque détail, parce qu'elle donne une idée exacte de la manière dont les faits sont recueillis, et de l'esprit de critique qui a présidé à leur choix, et encore, parce que d'après l'auteur, elle est une des plus probantes, et que, suivant ses expressions, on y voit les ténèbres s'éclaircir d'abord, et finir par se dissiper, de manière à ne laisser aucun doute sur l'existence de la maladie.

Comme on le voit, nous ne croyons pas que la spermatorrhée ait eu lieu même dans ce cas, le seul qui nous restait, parmi ceux que l'auteur avait destinés à démontrer l'état des organes ; et jusqu'à ce qu'on nous ait clairement prouvé par tous les moyens possibles, que dans les divers dépôts trouvés dans les urines, il y en avait un qui n'était dû ni à la maladie des reins, ni à celle de la prostate, ni à un état particulier de la vessie, nous conserverons notre opinion. Est-il nécessaire, après cela, d'exposer les diverses altérations des organes spermatiques, décrites par M. Lallemand? N'étant pas liées à une maladie, dont l'existence soit mise hors de doute, elles ne peuvent intéresser que comme pièces, plus ou moins curieuses, d'anatomie pathologique, et nous passons outre.

Blennorrhagies. Sous ce titre, l'auteur a rassemblé dix-neuf observations, destinées spécialement à faire connaître l'influence de la gonorrhée sur la production de la spermatorrhée. M. Lallemand croyant avoir démontré l'existence de cette maladie dans les précédentes observations, il est tout naturel qu'il n'ait pas songé à la démontrer de nouveau à l'occasion de celles-ci, qui ressemblent généralement aux premières, et surtout à celle dont j'ai donné l'analyse. Pour nous qui n'avons pas partagé sa conviction, il s'agit, avant d'apprécier la cause du mal, de voir si le mal existe, et c'est ce que nous allons faire en détail.

De ces dix-neuf observations, dix seulement ont été recueillies par M. Lallemand ; six lui ont été fournies par les malades, dans des mémoires qu'ils avaient rédigés eux-mêmes ; (obs. 10, 16, 23, 24, 25, 28), deux, par d'autres médecins (obs. 11 et 21) ; la dernière, enfin, est extraite à moitié du mémoire d'un malade (obs. 17), et complétée par les renseignemens pris par l'auteur.

Avant d'aller plus loin, remarquons qu'il est contraire aux règles de la bonne clinique, d'ajouter ainsi une foi pleine et entière au récit des malades, fussent-ils médecins, et médecins distingués, comme les auteurs des

observat. 10 et 28, et, à plus forte raison, doit-on se méfier de ce récit, lorsque ces malades ne sont que de simples étudians en médecine, ou des personnes tout à fait étrangères à l'art de guérir, comme on le voit dans les cinq observations qui restent. Eh bien! M. Lallemand, professeur de clinique, a complétement oublié ces règles en cette occasion, et sans discussion aucune, sans émettre le moindre doute, il accueille de confiance, toutes les histoires de ces malades, il les met au même rang que celles qui lui sont propres, et les fait entrer, sans balancer, dans son analyse.

Cet excès de confiance surprend déjà sans doute; mais que sera-ce donc, lorsqu'on apprendra que tous ces malades étaient hypocondriaques; car chacun sait quelle foi il faut avoir dans les récits et dans les mémoires souvent si bizarres de pareils malades. M. Lallemand n'admet pas, il est vrai, cette hypocondrie; il regarde même son ouvrage comme très-propre à dissiper cette erreur, et nous convenons qu'on ne trouve pas chez ces sujets une maladie purement nerveuse, sans lésions organiques; nous reconnaissons même que M. Lallemand a rendu service en fixant l'attention sur ces lésions des organes génito-urinaires, qui, masquées par les symptômes généraux dont elles étaient probablement la cause, ont souvent échappé à l'attention des observateurs. Mais il nous suffit que les malades fussent dans cet état nerveux et moral, qu'on nomme vulgairement hypocondrie, pour que notre objection soit fondée. En lisant leurs récits, on voit d'ailleurs combien leur imagination est frappée et combien leur esprit est crédule. Un d'entre eux, dont l'histoire n'est pas, il est vrai, dans ce chapitre, mais que je cite ici parce qu'elle est un modèle, s'imagine, entre autres choses, qu'il n'est qu'un cadavre ambulant; il flaire toutes les parties de son corps, accessibles à son odorat, et leur trouve une odeur cadavéreuse; et enfin, ayant remarqué quelques petits vers dans ses excrémens, il n'a plus aucun doute sur son état de mort, puisque les vers se sont déjà emparés de son corps. Dans le chapitre qui nous occupe, plusieurs ont des idées qui ne le cèdent guère à celle-là; et c'est sur le récit pur et simple de ces infortunés, qu'on établit sa conviction, et l'on croit ne pas sortir de la route de l'observation! — Avec des dispositions pareilles, on concevra facilement que l'auteur n'ait point été très-sévère dans l'appréciation des faits, et, qu'en les *pesant*, ses idées théoriques et systématiques aient pu faire pencher la balance.

Les preuves matérielles de l'existence de la maladie sont tirées d'abord, comme dans la première observation, de l'inspection des urines. Or, voici ce que nous y trouvons. Dans les dix cas dont l'histoire est recueillie par l'auteur, et qui doivent avoir le plus de valeur à nos yeux, les urines ont présenté six fois (*obs.* 12, 14, 19, 20, 26, 27) un sédiment épais et bourbeux, le plus souvent mêlé de flocons glaireux et filans, formant un nuage dans le liquide; dans un de ces cas, le sédiment était simplement terreux. Il était accompagné, dans deux cas (12, 19) d'un dépôt rouge, briqueté; il se décomposait promptement dans deux (14; 19); et il avait une odeur de chairs pourries ou simplement fétide dans trois (14, 19, 27). Une fois, l'urine offrait seulement un sédiment blanchâtre (22). Dans les quatre autres cas, il n'est pas fait mention de l'état des urines.

Les observations fournies par d'autres praticiens et par les malades, nous donnent à peu près les mêmes résultats. Dans cinq cas, le sédiment, déjà mentionné, s'est montré (*obs.* 10, 16, 17, 24, 28); le dépôt rouge briqueté s'y joignait une fois (10); une seule fois aussi l'odeur fétide existait (17). Un dépôt puriforme a été trouvé dans un cas (28): dans les autres, l'état des urines n'est pas décrit.

Nous ne pensons pas que M. Lallemand tienne beaucoup à ce dépôt rouge briqueté, que l'on remarque si fréquemment dans les urines d'individus dont l'état de santé est si varié, et qui n'a aucune analogie avec le sperme. C'est donc dans le sédiment bourbeux et surtout dans la portion glaireuse et filante qui se décompose, et prend une odeur de chairs pourries, que le sperme est reconnu. Cette matière ressemble tellement au dépôt glutineux qu'on trouve dans les catarrhes vésicaux, qu'il importe de s'assurer si elle n'est pas due à la même cause. M. Lallemand ne s'est même pas posé cette question; et cependant il reconnaît que quatre de ses malades avaient bien évidemment une cystite chronique, et que trois autres avaient présenté des symptômes de cystite aiguë, à diverses époques de la maladie. Mais ce n'est pas tout, et une analyse plus rigoureuse des faits nous donne des résultats encore plus frappans. En ne prenant que les observations, où le sédiment trouble et le dépôt glaireux ont été notées, nous n'avons que treize cas (*obs.* 10, 12, 14, 16, 17, 19, 20, 24, 26, 27, 28, 15, 22), dans lesquels, huit ou près des deux tiers ont offert des symptômes, soit de cystite chronique (*obs.* 15, 19, 24, 28), soit de cystite aiguë, caractérisée par un besoin fréquent et impérieux d'uriner, des contractions douloureuses de la vessie, etc., etc. (*obs.* 10, 14, 12, 27). Un fait qui paraît peu important d'abord, mais qui, par une circonstance frappante, acquiert beaucoup de valeur, mérite d'être noté ici. Chez les malades affectés de cystite chronique, il arrive souvent, comme chacun sait, que des exaspérations ramènent la maladie à un état aigu, et alors le mucus glutineux, sécrété par la muqueuse vésicale, prend un aspect puriforme. Eh bien! dans un seul cas, il est fait mention d'une sur-excitation semblable, et le prétendu sperme est devenu puriforme (*obs.* 28) Des cinq observations dans lesquelles nous ne trouvons pas de cystite, deux n'ont pas de valeur sous ce rapport; dans l'une, en effet (*obs.* 17), l'auteur, croyant n'avoir pas besoin d'entrer dans des détails sur une maladie qu'il suppose connue, se borne à dire, *urines troubles fétides*, etc., et par conséquent, il a bien pu passer légèrement sur quelques symptômes, et dans l'autre (*obs.* 16), il avoue qu'il ne présente le fait que comme un exemple remarquable de symptômes nerveux, causés par l'affection, et qu'à ses propres yeux, l'observation est incomplète. Ainsi donc, sur onze cas, huit offraient des signes évidens de cystite. Les autres n'en ont-ils point présenté?

L'auteur ne s'explique pas à cet égard; et la négligence qu'il a mise à décrire, dans plusieurs circonstances, l'état des urines, qui lui semblait d'une si haute importance, ne doit pas nous rassurer sur l'exactitude avec laquelle il a recueilli des symptômes fort secondaires à ses yeux.

De cette coïncidence si fréquente d'une cystite chez ses malades, M. Lallemand tire une conclusion tout à fait inattendue. Selon lui, puisque l'inflammation de l'urêtre a pu remonter jusque dans la vessie et même jusqu'aux reins, il est permis d'en conclure qu'elle a aussi gagné les canaux éjaculateurs et les vésicules séminales, et que, par suite, il y a eu spermatorrhée. Cette propagation de l'inflammation est très-possible; mais, encore une fois, c'est l'existence de cette spermatorrhée qu'il s'agissait de mettre hors de doute.

L'auteur ne s'en tient pas à l'inspection des urines; il a soin encore de s'informer, dans la plupart des cas, si l'excrétion du sperme n'est pas, pour ainsi dire, prise sur le fait. Il est inutile d'établir, sous ce rapport, dans ses observations, la division que nous avons faite précédemment, parce que, n'ayant jamais vu les choses par lui-même, il a été dans toutes les occasions forcé de s'en rapporter au récit des malades. Les termes dans lesquels l'excrétion du sperme est désignée sont très-variables. Ainsi, dans trois cas, il est dit simplement que des *pertes séminales* existent (*obs.* 22, 25, 27); dans deux, ce sont des *pollutions diurnes* (21, 23); pour ce dernier cas (23), on ajoute que le malade rendait du *sperme plein le creux de sa main*, à la fin de la défécation. Les mêmes expressions sont employées pour deux autres (*obs.* 20, 26). Un autre à un *écoulement blanc assez compacte, semblable à du sperme* (*obs.* 16). Ainsi, voilà les malades affirmant qu'ils rendent du sperme, et dispensés de fournir des preuves qu'on exigerait du plus habile observateur. Les autres sont plus modestes; deux (*obs.* 11, 12) rendent, toujours à la fin de l'acte de la défécation, une matière grumeleuse et transparente; un autre (*obs.* 14) a remarqué que les dernières gouttes de son urine étaient plus épaisses; chez un autre (*obs.* 15), ces dernières gouttes ne sont autre chose que des mucosités gluantes qui tachent le linge. Deux malades (*obs.* 10, 13) n'ont jamais eu que des pollutions nocturnes, sans rêves lascifs. Enfin, dans cinq cas (*obs.* 17, 18, 19, 24, 28), cette prétendue excrétion du sperme n'est pas mentionnée; dans l'un (*obs.* 19), l'auteur se borne à dire qu'il a constaté l'existence des pertes séminales, mais, comment? c'est ce qu'il ne nous apprend pas. Dans un autre (*obs.* 18) il nous dit qu'il a la conviction que ces pertes ont eu lieu; mais sur quoi est fondée cette conviction? c'est ce qu'il nous laisse ignorer. Enfin, dans un troisième (*obs.* 28), nous avons, pour toute preuve l'opinion du malade, qui est persuadé que le nuage floconneux, trouvé dans son urine, est composé d'une grande quantité de sperme.

Ce simple exposé est presque suffisant pour démontrer combien les opinions de l'auteur sont basées sur des faits peu concluans. Aussi n'ajouterai-je que quelques mots. Parmi ces malades, il en est trois que nous n'avons pas encore cités, qui, de l'aveu de M. Lallemand, ont eu des symptômes de cystite, ce qui porte le nombre à douze sur dix-huit malades affectés de *pollutions diurnes*, et dont les observations ne sont pas assez incomplètes pour être rejetées. Parmi les autres, plusieurs ont eu, pendant un temps souvent fort long, de grandes difficultés d'uriner par suite de rétrécissemens, affections qui sont, d'après plusieurs observateurs, une cause fréquente de catarrhe vésical. Est-il nécessaire de dire que, dans la cystite muqueuse, cette excrétion de matière glaireuse, avec les dernières gouttes d'urine, est ordinaire, et que rien ne nous prouve que, chez ces malades, le sperme, qu'ils croyaient rendre, fût autre chose que cette matière. Trouve-t-on, en effet, dans ce produit morbide aucun des caractères les plus frappans du sperme. Un malade, il est vrai, dit que cette matière avait une odeur spermatique; mais l'assertion pure et simple d'un malade est pour nous comme non avenue. M. Lallemand, embarrassé par cette absence des propriétés particulières du sperme, cherche à lever la difficulté par une explication que bien des personnes trouveront fort ingénieuse. Mais qu'est-ce qu'une explication ingénieuse, quand il s'agit de donner les preuves matérielles et, pour ainsi dire, palpables d'un fait? Il compare cette excrétion exagérée de la semence au diabètes sucré, et invente ainsi un *diabètes spermatique;* puis il trouve naturel que, dans la seconde maladie, le produit de la sécrétion ait changé de nature, comme dans la première. Mais quelle différence dans les termes de la comparaison! Dans le premier cas, un liquide est rendu par un acte qui ne peut se confondre avec aucun autre; il n'y a aucune maladie, qui, dans les organes voisins, puisse donner lieu au même résultat; le liquide sécrété et excrété ne peut venir absolument que des reins et de la vessie. Dans le second, au contraire, pendant cette prétendue émission du sperme, l'urine est aussi excrété; une cystite chronique peut exister et existe même fréquemment, de manière à confondre plusieurs de ses symptômes avec ceux de la spermatorrhée; enfin, le produit de cette cystite a les mêmes caractères que celui de la seconde maladie. Que de raisons pour rester au moins dans le doute; mais une idée ingénieuse séduit, et l'on oublie tout. Le jour où la science sera délivrée de toutes les idées ingénieuses, elle aura fait un grand pas.

On voit donc qu'il eût fallu chercher d'autres preuves pour convaincre le lecteur, et qu'il eût été nécessaire de s'assurer si rien, dans les organes que l'on croyait affectés, ne pouvait faire reconnaître l'existence de ces contractions involontaires et pathologiques, pendant lesquelles le *sperme altéré* était excrété en si grande abondance. M. Lallemand admet, il est vrai, des contractions spasmodiques, occasionnées par l'irritation; mais d'après quelles observations? Quelques-uns de ses malades *lui ont dit* qu'au moment où le *sperme* était ainsi excrété, c'est-à-dire, lorsque les dernières gouttes d'urines étaient chassées, *ils sentaient des contractions fatales;* c'est ainsi que l'auteur les appelle. Dans l'acte vénérien, lorsque les vésicules séminales se contractent

presque seules, et qu'elles ne sont guère aidées que par le releveur de l'anus, le plus habile physiologiste, s'il pouvait s'observer, ne distinguerait sans doute pas ces contractions isolées, et l'on veut qu'elles soient parfaitement senties par les malades, au moment où la vessie se contracte convulsivement avec les muscles du périnée, et lorsqu'il y a un soulèvement général pour opérer ce dernier temps de l'excrétion de l'urine, désigné, par Desault, sous le nom de *coup de piston!* Recueillir les faits ainsi, ce n'est pas observer, c'est tout croire sur parole. Nous ne pensons donc pas que, dans une grande partie des cas, il existât autre chose qu'un catarrhe vésical, et si, dans quelques-uns, il n'est pas possible de démontrer l'existence de cette maladie, rien ne prouve non plus qu'il y ait eu des pertes séminales involontaires.

Au reste, cette croyance d'une excrétion de sperme dans le catarrhe vésical est fort ancienne. L'affaiblissement, qui résulte de la supersécrétion muqueuse, avait servi à la confirmer dans l'esprit des anciens médecins, comme il l'a fait dans celui de l'auteur; mais des recherches plus exactes avaient enseveli cette opinion dans un oubli bien mérité, et nous regrettons que M. Lallemand ait eu l'idée de l'en tirer.

On ne s'attend pas sans doute à ce que nous allions avec l'auteur rechercher la part de la blennorrhagie dans la production de cette affection imaginaire. L'effet n'existant pas pour nous, qu'importent les causes? Nous ne parlerons pas davantage du traitement. Nous passerons également sous silence, et le chapitre des *affections cutanées*, et le mélange d'observations dans lesquels on trouve les causes les plus variées. Vouloir en faire l'examen, serait s'exposer à des redites fastidieuses. Qu'il nous suffise de dire que les faits sont absolument semblables à ceux dont nous avons déjà parlé, et qu'il n'y a rien de nouveau dans les symptômes.

Après avoir ainsi passé en revue la partie fondamentale du livre, disons un mot des accessoires, c'est-à-dire des réflexions qui ne se rapportent pas directement à l'affection principale. M. Lallemand en est très-prodigue, et très-souvent ces réflexions sont loin d'être heureuses. Cela vient de ce qu'au lieu de s'en tenir à la simple observation, il est toujours tenté de se lancer dans les raisonnemens, les hypothèses et les jugemens non motivés. Je n'en cite qu'un seul exemple. Ayant trouvé dans les vésicules séminales enflammées, des masses de pus concret et *tout à fait semblable à de la matière tuberculeuse*, M. Lallemand dit : « Cette question de matière » tuberculeuse est si simple, que je suis surpris de la » voir encore agitée par les hommes les plus avancés en » anatomie pathologique... Si l'on veut se donner la » peine de malaxer dans un nouet la matière tuberculeuse » la plus sèche, on la verra se liquéfier et se déposer au » fond du vase avec toutes les apparences du pus sor- » tant d'un phlegmon, et ce dépôt, soumis après décan- » tation aux mêmes épreuves que le pus, se comportera » exactement de la même manière.

Nous ne voulons pas débattre ici cette question de la nature des tubercules; mais on conviendra que si les expériences délicates de M. Cruveilhier n'ont pas suffi pour convaincre tous les esprits, des moyens aussi grossiers que ceux que propose M. Lallemand ne trancheront pas la difficulté, et que son étonnement n'est pas encore près de finir. Jamais nous ne conviendrons que, sur les seuls caractères physiques d'une production morbide, soumise à diverses préparations, et sans avoir égard à l'aspect sous lequel elle s'est d'abord montrée dans les organes, et à la manière dont elle s'est développée ensuite, on puisse en déterminer la nature. D'ailleurs, à cette question se rattache celle de l'inflammation, comme cause de tubercules; et sous ce rapport, le professeur de Montpellier aurait bien de la peine à défendre son opinion.

Tel est le livre de M. Lallemand; on nous trouvera peut-être bien sévère; mais il s'agit de faits, et laisser mal interpréter les faits, serait une négligence trop fâcheuse pour la science : nous avons exprimé franchement notre opinion. Cette critique ne peut nuire en rien à la grande réputation de l'auteur; mais son livre pourrait être fort nuisible à bien des lecteurs; car, n'en doutons pas, par sa nature, il est destiné à passer dans les mains de personnes étrangères à la médecine, et déjà, nous le savons de bonne part, un praticien, donnant des soins à un malade affecté de *catarrhe vésical*, a été obligé de lui arracher cet ouvrage, dans lequel il trouvait une claire description de son mal (1). Le désir de connaître la vérité nous a seul guidé dans cet article, et nous ajouterons en terminant, pour éviter toute fausse interprétation, que, dans la comparaison que nous avons faite des lettres sur l'encéphale avec le nouvel ouvrage, nous n'avons voulu établir de ressemblance que dans la méthode générale et non dans la valeur des faits en particulier.

---

(1) Le résultat auquel fait ici allusion notre collaborateur est d'autant plus imminent, que déjà, par une spéculation que nous n'hésiterons pas à qualifier de honteuse, l'ouvrage de M. Lallemand se trouve annoncé dans les journaux politiques, comme étant à la portée des gens du monde. Nous aimons à penser que M. Lallemand est complétement étranger à ce qui se passe; et qu'un homme, dont la position scientifique est si élevée, qu'un professeur de Montpellier, et qui a l'honneur d'être doyen de son école, n'ambitionne pas la gloire de voir son nom accolé à ceux de M. B. ou de M. G. D. S. G.

Nous serions bien aise que cette note fournît à M. Lallemand l'occasion de désavouer les éloges emphatiques et de mauvais goût qu'un médecin, imprudent ami, a consigné dans les colonnes d'annonces. La presse médicale n'a pas seulement pour mission de constater et de répandre des résultats scientifiques, elle doit aussi veiller à la dignité et à la moralité de l'art. A ce dernier devoir, le *Journal Hebdomadaire* ne manquera jamais.

(*Note du Rédacteur.*)

—

N° 11. — 12 MARS.

Revue médico-chirurgicale; par M. le docteur MONTAULT.

On s'est beaucoup récrié, non pas sans quelque raison, dans ces derniers temps, contre le défaut d'utilité immédiate des observations isolées : les conclusions à tirer n'en peuvent être que prématurées, ou du moins fort restreintes, et, partant, d'un faible intérêt pour la science; mais il n'en est plus de même en médecine pratique. Là, chaque fait se présente avec une physionomie particulière, et porte avec lui sa conclusion : c'est ce qui m'a déterminé à publier, dans une série d'articles, les faits de pratique, que recommandent quelques circonstances particulières, suivant, du reste, en cela le précepte de Fr. Hoffmann : « Vehementer certè optando » foret, ut medicus, casus in artis exercitio occurrantes, » præsertim notabiliores, plenissimè consignare, atque » hoc pacto artis medicæ incrementum promovere an- » niteretur. »

OBS. I. — *Empoisonnement par une préparation opiacée (Laudanum liquide de Sydenham). Efficacité des vomitifs et de l'infusion de café à haute dose.*

Le 14 janvier 1835, je fus appelé en toute hâte auprès de mademoiselle ***, âgée de 21 ans, qu'on me dit s'être volontairement empoisonnée en avalant de l'opium. Il était cinq heures du soir lorsque j'arrivai près d'elle. Je la trouvai à genoux au pied de son lit, jouissant de sa raison, très-calme, résignée, disait-elle, à attendre la mort qu'elle avait voulu se donner en avalant une quantité de laudanum de Sydenham, que j'évaluai à environ *cinq gros*. Je trouvai à côté d'elle, sur une chaise, un papier écrit, par lequel elle déclarait s'être elle-même empoisonnée. Il y avait *une heure* que l'ingestion du poison avait eu lieu : n'ayant pu déterminer de vomissement par la titillation de la luette, je fis prendre trois grains d'émétique dans un verre d'eau tiède, et, à l'aide de plusieurs verres d'eau tiède, pris dans l'intervalle de trois quarts-d'heure environ, je provoquai deux vomissans abondans : je provoquai également des selles au moyen d'un lavement émétisé. Néanmoins commencèrent à paraître les symptômes suivans : Agitation convulsive des quatre membres, plaintes, cris, renversement de la tête en arrière, quelquefois opisthotonos, pouls plein et développé, oscillation de la pupille; puis, tout à coup rémission de ces symptômes, pour faire place à un léger assoupissement ou à un délire tranquille et gai. A sept heures, je fis administrer un lavement purgatif, et prendre, toutes les cinq minutes, alternativement, une petite tasse de limonade citrique et de décoction concentrée de café. Le lavement purgatif détermina des selles abondantes. Ce traitement fut continué jusqu'à deux heures du matin que les symptômes, décrits plus haut, cédèrent pour faire place à un sommeil tranquille. J'avais quitté la malade, le soir à dix heures; je la revis le lendemain matin à neuf heures. Il y avait encore quelques secousses convulsives, la face était rouge, les pupilles naturelles. Quelque petite tasse, de loin en loin, d'infusion de café et d'eau acidulée avec le jus de citron, quelques cataplasmes chauds aux pieds, dissipèrent ces derniers symptômes, et la malade était tout à fait rétablie dans l'après-dîner.

On voit ici, soit que la dose d'opium n'ait pas été très-considérable, soit qu'elle n'ait pas été absorbée en entier, soit, enfin, que les remèdes, ayant eu toute l'efficacité désirable, que les symptômes ont été promptement dissipés.

OBS. II. — *Commotion de la moelle et rupture de la vessie, à la suite d'une chute sur le siége, d'un premier étage.*

Dans la fin du mois de décembre de l'année 1834, le nommé Maujean, âgé de 41 ans, demeurant rue de la Cité, tomba d'un premier étage sur le siége. L'impossibilité de marcher, des douleurs très-vives dans les régions lombaire et abdominale, la suspension du cours des urines, la constipation, tels furent les symptômes qui suivirent l'accident, et qui nécessitèrent de nombreuses applications de sangsues sur le ventre et à la partie inférieure du rachis, des bains tièdes, le cathérétisme, l'usage de lavemens purgatifs et de tisanes mucilagineuses et nitrées.

Lorsque je vis ce malade (troisième jour après la chute) il avait des vomissemens, une soif considérable, des douleurs dans la région lombaire de la colonne vertébrale, mais surtout dans l'abdomen qui offrait un grand développement avec rénitence. Ces douleurs abdominales s'exaspéraient moins par la pression que par le plus léger mouvement du tronc; il y avait de la constipation et suspension du cours des urines; le pouls était petit et dur, la face légèrement grippée, la respiration courte et fréquente; la chaleur, la sensibilité et la myotilité des membres inférieurs m'ont semblé un peu affaiblies.

Pendant une huitaine de jours que je soignai ce malade, j'employai les moyens suivans : Tisane de chiendent, coupée avec de l'eau de Seltz, à petites doses rapprochées, plusieurs applications de sangsues à la région lombaire, mais surtout sur l'abdomen, cataplasmes continuellement appliqués sur ces parties, deux bains tièdes, cathétérisme souvent renouvelé, d'abord, puis remplacé par une sonde à demeure, lavemens simples. La constipation fit place à une diarrhée abondante; mais les autres symptômes persistèrent, une circonstance, qui me frappa plusieurs fois, fut la petite quantité d'urine retirée de la vessie, lorsque j'y introduisais la sonde. Je rapportai à l'existence d'une péritonite cette espèce de suppression des urines.

L'état du malade, au 31 décembre, n'était pas amélioré; tout semblait annoncer, en supposant même de l'amélioration, que cette affection resterait chronique; d'un autre côté, les soins particuliers et domestiques laissaient quelque chose à désirer dans un cas de cette nature, où le malade ne pouvait, par lui-même, se li-

vrer à aucun mouvement. Aussi, sur mon conseil, Maujean fut-il transporté à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Sanson, qui fit appliquer des ventouses scarifiées sur la colonne vertébrale. Mais le malade succomba le lendemain de son arrivée, avant qu'on eût eu le temps de recourir à d'autres moyens.

On trouva, à l'autopsie, un épanchement considérable d'urine dans la cavité abdominale, une rupture des fibres du corps de la vessie et une péritonite avec fausses membranes. La moelle, sa membrane et le canal vertébral furent trouvés exempts d'altération. Il est à croire que la vessie s'était trouvée *pleine, et s'était rompue au moment de la chute.*

Obs. III. — *Vrai croup; trachéotomie pratiquée trois jours après le commencement de la seconde période de la maladie; circonstance remarquable pendant l'opération.*

Une petite fille de 4 ans, blonde, pleine d'intelligence, demeurant rue de la Huchette, n. 11, sujette à s'enrhumer, et que j'avais déja eu l'occasion de soigner au bureau de bienfaisance du onzième arrondissement, fut prise, dans les premiers jours du mois de décembre 1835, d'une toux quinteuse, à laquelle les parens eurent le grand tort de faire peu d'attention; car on observait alors quelques croups dans Paris. Le 4 décembre au matin, toux sèche et particulière, avec gêne dans la respiration; on ne consulte personne, et on donne une infusion pectorale miellée et de la manne. Les accidens continuant, l'enfant est présenté le 5 à la consultation. On prescrit deux sangsues de chaque côté du cou, deux grains d'émétique, tisane adoucissante et miellée.

Le 6, à dix heures du matin, sur la demande de la mère, je me rends auprès de l'enfant que je trouve pâle, avec un pouls fréquent, dur et développé, vomissant de temps en temps des matières muqueuses et blanchâtres, sans débris de fausse membrane. La respiration (inspiration et expiration) est gênée, bruyante, accompagnée d'une toux sourde, sèche, croupale en un mot, et semblable à l'aboiement lointain d'un chien; le fond de la gorge ne présente aucune trace d'inflammation pseudo-membraneuse (saignée du bras de quatre onces, application de deux sangsues de chaque côté du larynx, cataplasmes sur le col, potion antispasmodique avec l'éther sulfurique, sinapismes aux pieds).

3 heures après midi : Point de changement favorable; (vésicatoire à un mollet, calomélas 4 grains, dans oximel seillitique demi-once, sinapismes renouvelés sur les extrémités inférieures). Dans la soirée, les symptômes deviennent plus alarmans, la respiration devient de plus en plus gênée, sans que cependant l'enfant présente les symptômes, dits de la troisième période, c'est-à-dire le renversement de la tête en arrière, la menace d'asphyxie dans les efforts de toux, etc.; jugeant néanmoins l'opération de la trachéotomie urgente, et les parens y ayant consenti avec empressement, je la pratiquai dans la nuit du six au sept décembre (à minuit), aidé de mon confrère, le docteur Ménière.

L'incision des parties molles donne lieu à l'ouverture d'une artériole qui est aussitôt liée. Mouvemens convulsifs de l'enfant, dont la trachée est petite, située profondément, et se dérobe à l'action de l'instrument. Incision de haut en bas de plusieurs anneaux de la trachée. Difficulté à introduire le dilatateur de M. Bretonneau. L'air s'échappe avec force, mais s'introduit difficilement par l'ouverture. Cependant le suintement sanguinolent qui a lieu, quoique en très-faible quantité, se combine avec un mucus abondant dans les ramifications bronchiques, et l'enfant tombe dans un état d'asphyxie. Sa face est froide, la tête est renversée en arrière, les yeux immobiles, la respiration suspendue, les battemens du cœur imperceptibles. On insuffle de l'air doucement, au moyen d'une sonde d'argent introduite dans l'ouverture trachéale: on presse sur le diaphragme, et ainsi de suite alternativement, de manière à imiter le jeu de l'inspiration et de l'expiration; on tient les bords de l'ouverture écartés avec le dilatateur; on extrait, par le moyen d'un écouvillon en baleine, muni d'un morceau d'éponge (de M. Trousseau), des portions de fausse membrane blanchâtre et de matière muqueuse. La respiration se rétablit. On introduit et on laisse en place la canule ailée et recourbée de M. Bretonneau, assujétie par des fils. Je quitte à deux heures du matin l'enfant qui respire facilement et largement, et je prescris un grain d'émétique à prendre à six heures.

7 décembre, à sept heures du matin. La respiration continue à être plus libre; mais la chaleur de la peau se rétablit lentement. On lève le vésicatoire de la jambe; la canule est enlevée et nettoyée; vomissemens de matières muqueuses et globuleuses; écouvillonnement avec solution de nitrate d'argent (4 grains pour 1 gros d'eau distillée). La canule est remise en place. (Une cuillerée à café, toutes les demi-heures, du mélange suivant: Eau 6 onces, émétique 2 grains, sirop de sucre et d'ipécacuanha demi-once de chacun.)

A 11 heures. Le pouls est plus précipité; la peau reste toujours presque froide; la respiration est moins nette : on observe quelques mouvemens convulsifs. A une heure. Tête renversée en arrière; face pâle et froide; pouls très-fréquent et désordonné; convulsions; la petite malade s'élève tout à coup sur son lit, et s'élance comme pour chercher de l'air. J'ôte la canule, ce qui ne rend pas la respiration plus facile. (Sirop diacode, vésicatoire à une cuisse.) La mort paraît certaine et arrive à trois heures : il ne me fut pas possible de faire l'autopsie.

Il est inutile d'insister sur les difficultés qu'a dû présenter cette opération de trachéotomie, pratiquée au milieu de la nuit, sur un enfant à trachée petite et profonde, et se livrant à des mouvemens presque convulsifs. Je ne m'étendrai pas davantage sur les suites de la trachéotomie. Comme opération, elle a réussi; mais elle ne pouvait guère avoir d'autre succès dans un cas où tout porte à croire que l'exsudation diphtéritique s'é-

tendait jusques dans les ramifications des bronches, et dans lequel l'opération n'a été faite que le troisième jour du développement de la seconde période, époque à laquelle les fausses membranes étaient déjà organisées (1).

Je rappellerai seulement encore la lésion et la ligature de l'artériole, pendant l'incision des parties situées au-devant de la trachée-artère, pour prouver que, dans ces cas, il faut toujours lier les vaisseaux ouverts avant de pousser plus loin l'opération; mais le rétablissement de la respiration et peut-être de la vie, par le moyen de l'insufflation modérée d'une certaine quantité d'air, et alternée avec la pression des dernières côtes, moyen, du reste, qui a souvent été mis en usage dans des cas analogues à celui-ci ou différens, me semble une circonstance remarquable, soit qu'on attribue l'asphyxie qui eut lieu à une suite ordinaire de l'opération de la trachéotomie, soit qu'on la fasse dépendre, avec plus de raison, dans ce cas-ci, suivant nous, d'une obstruction momentanée du conduit aérien.

Obs. IV. — *Symptômes d'affection granuleuse des reins* (affection de Bright), *promptement dissipés par la tisane de raifort sauvage.*

Une petite fille de 6 ans et demi, issue de parens sains, ayant été vaccinée, n'ayant jamais eu ni la rougeole, ni la scarlatine, d'un tempérament lymphatico-nerveux et d'une constitution scrophuleuse, fut prise, vers le milieu du mois de décembre 1835, de malaise au creux de l'estomac, sans vomissement ni diarrhée, puis d'une enflure ou hydrophlegmasie du tissu cellulaire, qui affecta successivement les poignets, les jambes, les bras, la figure et le reste du tronc. J'appris qu'elle avait eu, trois ans auparavant, une éruption à la tête (gourme), dont elle portait encore des traces au cou et à l'oreille, et une ophthalmie scrophuleuse, pour laquelle elle garda pendant huit mois un vésicatoire au bras gauche: elle avait en outre une ulcération scrophuleuse à la jambe et au poignet gauche. (Vésicatoire au bras, tisane de houblon miellée.)

Dès le 18 décembre, l'urine, rendue en quantité ordinaire, devint blanchâtre, semblable à du petit lait clarifié, laissant déposer, suivant le dire de la mère, une crasse d'un blanc jaunâtre. Les jours suivans, augmentation de l'anasarque; accès de fièvre, le soir; douleur dans les hypochondres et à l'épigastre; deux vomissemens de matières blanchâtres; l'urine, dont la quantité est augmentée, est semblable à du vin rouge clair, et laisse déposer de petits grumeaux rouges. (10 sangsues au siége, décoction de raifort sauvage, un gros pour une livre d'eau, édulcorée avec le sirop des cinq racines apéritives, lavemens, régime lacté.)

30 décembre. Mieux; bouffissure un peu diminuée; épigastre seulement douloureux pendant la toux, qui est très-fréquente. (Même tisane). L'urine est moins abondante, mais offre les mêmes caractères que les jours précédens. Traitée par l'acide nitrique, elle fournit de l'albumine en petite quantité, et les petits grumeaux rougeâtres parurent composés d'une matière colorante rouge, analogue à celle du sang.

31 décembre. Fièvre forte, depuis six heures du soir jusqu'à minuit. Les jours suivans, mieux; le gonflement de la peau diminue, urine plus abondante, moins chargée, langue légèrement rouge à la pointe et sur ses bords et jaunâtre dans son centre, ventre non douloureux. (On continue la tisane de raifort.) 5 janvier 1836. Urine claire et sans dépôt; sommeil, gonflement aux pieds, le soir seulement, sueur. (Looch gommeux, tisane de chiendent et de raifort, avec le sirop des cinq racines.) 11 janvier. Plus de gonflement, gaîté; urines abondantes et limpides; appétit, langue encore un peu blanchâtre. (Manne, 2 onces dans une tasse de lait, alimens légers.) J'ai revu, le 20 janvier, l'enfant qui était revenu à un état de santé parfaite.

Les symptômes de cette maladie nous semblent devoir être rapportés à ceux de l'affection, dite granuleuse des reins; car, si l'urine a été trouvée avec peu d'albumine, cela tient à ce que l'analyse en a été faite à une époque éloignée du début. Ce fait prouve, en outre, l'efficacité de la tisane de raifort, mise en usage dans cette maladie par M. Rayer.

Observ. V. — *Tumeur ostéo-sanguine, développée à la partie postérieure et supérieure du moignon de l'épaule; cas analogues; des indications à remplir dans le traitement de cette maladie.*

Le nommé Picard, âgé de 60 ans, fondeur en caractères d'imprimerie, vint au sixième dispensaire de la société philantropique, vers la fin de janvier 1835, réclamer mes soins pour une colique qu'il éprouvait depuis un mois environ, qui durait chaque jour pendant plusieurs heures, diminuait par la pression, sans être accompagnée de fièvre ni d'aucun autre symptôme du côté des voies digestives.

Il demanda, en outre, avis sur une tumeur qu'il portait à l'épaule gauche. Cette tumeur était sans changement de couleur à la peau, située à la partie supérieure et un peu postérieure du moignon de l'épaule, du volume de la moitié du poing; sa base se perdait dans les parties environnantes; elle offrait un bruit de soufflet et des mouvemens d'*expansion* isochrônes à ceux du pouls; et on ne distinguait, par le toucher et l'auscultation, aucune artère dans le voisinage, qui eût pu lui donner naissance. La tête de l'humérus, séparée d'un demi-pouce de la voûte acromiale, était un peu portée en bas et en avant. Il y avait donc un commencement de luxation; et le mouvement d'abduction du bras était borné, douloureux.

Quelle était la nature de cette tumeur? Le malade faisait remonter son apparition à deux mois seulement,

(1) On sait, en effet, que si MM. Guersent et Bretonneau conseillent la trachéotomie dans la deuxième et troisième périodes, et lorsqu'il n'y a plus de chance de guérison, M. Trousseau est d'avis d'y recourir le plus tôt possible.

et l'attribuait à un mouvement *brusque* d'abduction du bras gauche, pendant que celui-ci était élevé pour détacher une croisée à guillotine. Il faut remarquer encore qu'un des mouvemens réitérés dans l'état de fondeur en caractères d'imprimerie, consiste dans un mouvement de *circumduction* du bras gauche, afin d'opérer la combinaison des métaux qui entrent dans la composition de ces caractères. La tumeur résultait-elle donc de la rupture de l'une des circonflexes, ou de quelqu'autre des branches nombreuses que fournit en bas et en dehors l'artère sous-clavière? Etait-ce une tumeur érectile? Un anévrisme par anastomose ou fongus hématode? C'est ce que la suite de l'observation nous apprendra.

La colique de Picard fut regardée comme une rachialgie métallique, que je traitai par les adoucissans, les sudorifiques, les purgatifs et les narcotiques. Mais ce traitement, ne l'empêchant pas de continuer son travail de fondeur, ce ne fut guère qu'au bout de six semaines qu'il se sentit complétement soulagé. Quant à la tumeur de l'épaule, elle prenait ostensiblement de l'extension; et comme le malade, qui ne pouvait être traité à domicile, réclamait une opération et menaçait d'ouvrir lui-même sa tumeur, je l'engageai à se faire recevoir dans un hôpital.

Après beaucoup d'hésitation, Picard se décida enfin à entrer à la clinique de M. Cloquet, vers le commencement de juillet. La tumeur était alors très-volumineuse et avait pris de l'extension dans tous les sens, mais surtout en avant. La luxation de la tête de l'humérus, en bas et en avant, était plus prononcée: toujours bruit de souffle à l'oreille, mais battemens plus obscurs.

Que pouvait-on opposer à une semblable affection? Picard ayant été présenté à l'Académie royale de médecine (séance du 10 février 1835) par moi et le docteur Manec, qui avait eu occasion d'examiner le malade, et ayant été observé par un grand nombre de chirurgiens pendant son séjour à la clinique de M. Cloquet, plusieurs avis furent proposés sur la conduite à suivre. Les astringens et les stiptiques, la compression, la cautérisation, n'étaient-ils pas des moyens insuffisans? Fallait-il extirper la tumeur, suivant le conseil de MM. Breschet et Lisfranc, qui la regardaient comme de nature érectile? était-il préférable de pratiquer la ligature des artères qui s'y rendaient, de lier, par exemple, la sous-clavière, comme l'avaient proposé MM. Amussat et Flauber? Devait-on, enfin, espérer quelque succès de la ligature de la tumeur elle-même, ainsi que cela fut pratiqué avec succès par White, pour un fongus hématode très-volumineux, placé sur l'épaule d'un enfant?

Le mal avait jeté des racines si profondes, la constitution du souffrant était si faible et si détériorée, qu'on préféra s'en tenir au traitement tout à fait palliatif. On administra l'opium à l'intérieur, des compresses imbibées de solution opiacée furent appliquées sur la tumeur, et le tout recouvert de taffetas gommé. Mais la tumeur n'en continua pas moins à prendre du développement, à s'accompagner de douleurs et d'insomnie; les jambes s'œdématièrent, il survint un dévoiement colliquatif, et le malade s'éteignit dans un état complet de marasme, vers le milieu de novembre 1835.

M. Cloquet fit, dans sa leçon du 21 novembre, la description de la pièce anatomique; on avait injecté l'artère sous-clavière en rouge et la veine du même nom en noir: la tumeur était recouverte par la peau dans toute son étendue, et, en outre, par le muscle deltoïde en avant et en haut, par le trapèze en arrière et en bas; par sa face inférieure, elle recouvrait l'omoplate et les muscles des régions sus et sous-épineuses; la plus grande partie de sa masse était située en arrière de l'articulation, à part un prolongement qu'elle envoyait au-dessus de la tête de l'humérus, qui, ainsi que nous l'avons dit en parlant de la symptômatologie, était projetée dans la cavité glénoïde. Les artères circonflexe postérieure et scapulaire supérieure étaient sinueuses, très-développées et pénétraient dans la tumeur; celle-ci, bosselée, inégale, comme tuberculeuse, contenait une matière *cérébriforme*, se confondait évidemment avec l'extrémité postérieure de la clavicule, l'acromion et l'épine de l'omoplate en arrière, endroit où le scapulum était perforé. Le cœur était sain. On trouva dans le poumon gauche une tumeur encéphaloïde. Cette pièce anatomique, préparée par M. Lenoir, agrégé et prosecteur de la Faculté de médecine, fut déposée dans le muséum Dupuytren, avec le moule en plâtre de la tumeur, pris du vivant du sujet, par les soins de M. Manec.

La tumeur dont il vient d'être question, était donc de la nature de celles qu'on a appelées *fongus médullaire*, *fongus hématodes*, *fongueuse sanguine*, *ostéo-sanguine*, *cancer colloïde* ou *aréolaire*, *cancer cérébriforme*, etc. La situation d'une semblable tumeur sur le *moignon de l'épaule* est un des points les plus remarquables de cette observation. On trouve un fait semblable dans le tome premier des œuvres chirurgicales de Jean-Louis Petit. Scarpa en rapporte un autre, attribué à Marc-Aurèle Séverin. On lit dans la clinique de M. Pelletan le fait d'une tumeur analogue, placée sur le sommet de l'épaule d'un jeune homme de 22 ans; elle avait été la suite d'un effort violent du membre correspondant pour percer un trou: les pulsations n'y devinrent apparentes que six à huit mois après son apparition, au point que Pelletan se disposait à l'ouvrir, au moment où il reconnut dans son centre une légère pulsation, qui se communiqua en quelques jours à toute sa masse; le sujet mourut deux ans plus tard d'une fluxion de poitrine; mais l'examen de la tumeur fut mal fait, puisqu'il est dit qu'elle ne contenait que du sang coagulé. On ne trouve dans Boyer rien qui ait rapport avec le sujet qui nous occupe. On lit, au contraire, dans le trente-septième bulletin de la Société anatomique, une observation, insérée par M. Carron du Villards, et suivie d'excellentes réflexions de M. Monod, qui peut présenter plus d'un rapprochement avec celle présentée plus haut.

Il s'agit d'un jeune homme de 24 ans, homme de peine, qui vint à la Pitié, pour se faire extirper une énorme tumeur, qu'il portait sur la région acromiale

du scapulum droit, et qu'il attribuait à la pression de la courroie de ses crochets. L'opération fut pratiquée par M. Lisfranc, avec l'habileté qu'on lui connaît. Cependant il survint des accidens, que nous passons sous silence pour abréger, et le malade mourut quatre mois après. La tumeur, brune, variqueuse, offrait les signes antérieurs d'une tumeur *ostéo-sanguine* ou *fongus hématodes;* elle avait 12 à 14 pouces de diamètre, occupait toute l'épaule et la moitié supérieure du bras. A sa face interne existait une large solution de continuité, par laquelle s'échappait une espèce de champignon fongueux, d'un gris rougeâtre, baigné par un pus sanieux. Ouverte, elle offrait des couches de tissus ramollis, encéphaloïdes, placentaires et gélatiniformes. L'humérus, brisé dans sa partie moyenne, formait l'axe de la tumeur; le tissu musculaire était partout profondément altéré, aucun rameau artériel, d'un volume notable, ne pénétrait dans la tumeur; une des veines brachiales, accolée à la tumeur, contenait dans son intérieur une substance gélatineuse; le scapulum était sain dans sa moitié postérieure; l'extrémité de l'acromion et de l'apophyse coracoïde plongeait au milieu de la masse cancéreuse; la cavité glénoïde avait disparu et faisait place à une masse grisâtre lardacée, qui semblait saillir du tissu osseux lui-même; l'humérus, dont la moelle était convertie en tissu lardacé jusqu'au niveau du quart inférieur de l'os, était de même gravement altéré. La moitié supérieure de la tumeur était formée par une substance blanche, grisâtre, ayant à la fois les propriétés de la gélatine et du tissu lardacé, creusée de cavités plus ou moins anfractueuses et d'ouvertures béantes, dans lesquelles existait un liquide filant, visqueux, semblable à la synovie; plus bas, la tumeur offrait l'aspect du cancer colloïde; les vaisseaux sanguins y étaient plus nombreux, plus évidens et plus flexueux; enfin, dans le champignon et à son pourtour, le tissu avait le caractère du tissu encéphaloïde dans quelques points, et était gris-rougeâtre et infiltré d'un liquide sanieux dans d'autres. La moitié inférieure du poumon gauche était convertie en une masse assez semblable à celle de la partie supérieure de la tumeur, et dont la consistance se rapprochait beaucoup de celle du tissu lardacé. Dans la partie supérieure du poumon on trouvait, dans beaucoup de points, la muqueuse bronchique soulevée par de petits noyaux cancéreux. Des masses semblables, de volume différent, soulevaient de toutes parts la plèvre viscérale et la plèvre costale.

Si l'existence de canaux de nouvelle formation, contenant une matière gélatineuse, et n'ayant lieu que dans le cancer aréolaire, la non pénétration dans la tumeur de rameau artériel notable et l'adhérence de celle-ci avec les muscles sus et sous-jacens, établissent des différences entre le fait dû à M. Carron et celui que nous avons rapporté plus haut, il existe, on ne peut en disconvenir, de fortes analogies, représentées, dans les deux cas, par la naissance de la maladie dans l'articulation scapulo-humérale et à la surface des os, l'altération du poumon consécutive à celle de l'épaule, ses moyens de transport dus aux systèmes veineux et lymphatique, la continuité de la tumeur avec l'acromion et l'extrémité postérieure de la clavicule, la nature encéphaloïde de la tumeur, dans quelques points; et si, dans le cas rapporté par M. Carron, il ne semblait point y avoir de rameau artériel notable, pénétrant dans la tumeur, cela dépendait sans doute de ce que l'injection avait été mal faite, puisqu'une semblable injection, convenablement pratiquée par M. Bérard aîné, dans les vaisseaux d'une tumeur analogue, l'a mis à même de constater cette pénétration du système artériel, et de mieux étudier la nature de cette production accidentelle : tels sont les motifs qui nous ont décidé à rapprocher les deux faits en question.

N° 12. — 19 MARS.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Revue générale de la Clinique de M. le professeur BOUILLAUD, pendant l'année 1835; par M. JULES PELLETAN, chef de Clinique.

Il est de ces faits tellement importans, qu'on ne saurait trop souvent les mettre sous les yeux du public médical éclairé, pour qu'il juge en connaissance de cause. Telle est la grande question des émissions sanguines, répétées coup sur coup, dans le traitement des maladies aiguës.

Je me propose, dans cet article, de résumer, sous ce point de vue, les faits les plus probans qui se sont passés sous mes yeux, pendant les cinq mois qu'a duré le cours de clinique.

Parmi les 263 malades entrés dans les salles, depuis le 1er avril 1835 jusqu'au 31 du mois d'août suivant, il se trouvait 189 maladies aiguës, sur lesquelles il y eut 17 morts, ce qui donne 1 mort sur 11, 12, ou approximativement 11 1/8.

En pénétrant plus avant dans le détail des diverses espèces d'affections qui ont donné lieu à ces terminaisons funestes, nous verrons que ces résultats sont encore plus remarquables, puisque la mortalité porte en grande partie sur des maladies le plus souvent mortelles, ou arrivées, lors de l'entrée des malades, à un degré de gravité au-dessus de toute ressource. C'est ainsi que les affections cérébrales aiguës ont fourni, sur ce nombre, cinq décès pour dix malades. Entrons de suite dans le détail de ces faits.

3 méningites aiguës, 2 morts.
1 cérébrite avec abcès, 1 mort.
4 congestions cérébrales, 1 mort.
2 hémorrhagies cérébrales, 1 mort.

Ces résultats, quoique ne pouvant pas être dits positivement heureux, le sont pourtant d'une manière relative, puisqu'il est reconnu que, dans ces maladies, la mort est presque toujours inévitable.

Les affections aiguës des organes respiratoires ont été au nombre de 40, ainsi réparties : 12 angines tonsillaires ou amygdalites, 5 bronchites simples, 7 pleuré-

sies, 14 pleuro-pneumonies et deux hémorrhagies pulmonaires.

Parmi les angines, une seule fut couenneuse, et une autre présenta la complication d'un œdème du tissu cellulaire sous-maxillaire. Tous ces cas guérirent rapidement, c'est-à-dire, dans un espace de temps d'environ cinq jours, sous l'influence d'un traitement composé d'une saignée de 3 palettes à 3 palettes et demie, et de l'application de 40 à 50 sangsues dans la région sous-maxillaire. Les cinq inflammations des bronches guérirent, et à l'exception d'un cas de bronchite capillaire très-grave (relaté à la page 35 du n° 41 de 1835 de ce journal), elles n'offrirent rien de remarquable.

Les 7 cas de pleurésie furent observés sur six hommes et une femme. Quatre fois l'épanchement existait à gauche et trois fois à droite. Tous ces malades furent soumis à un traitement antiphlogistique énergique, que je crois devoir rappeler.

N° 1. Pleurésie datant de 11 jours; 3 saignées de 3 palettes, 20 sangsues, 1 application de ventouses de 3 pouces et demi et un large vésicatoire : guérison complète, le 16e jour.

N° 23. datant de 8 jours; 2 saignées de 3 palettes et demie, 2 applications de ventouses de 3 pouces chacune et 2 larges vésicatoires : guérison le 15e jour.

N° 8. 15 jours de date; 3 saignées de 3 palettes et demie, 3 applications de ventouses de 3 pouces, 1 vésicatoire et des pilules de calomel : guérison le 17e jour.

N° 10. 11 jours de date; même traitement que dans le cas précédent : guérison le 11e jour.

N° 22. 15 jours de date; 2 saignées de 4 palettes, 1 application de ventouses de 3 pouces, 1 vésicatoire : guérison le 11e jour.

N° 23. 12 jours de date; 1 saignée de 4 palettes, 2 applications de ventouses de 3 pouces et demi, 2 vésicatoires : guérison le 9e jour.

Enfin, chez une femme, couchée au n° 9, dont l'épanchement remontait à 10 jours, 2 applications de ventouses et 1 vésicatoire enlevèrent la maladie en 11 jours.

De ces faits, on doit conclure que ces affections, quoique traitées par des moyens énergiques, exigent encore un temps assez long pour disparaître, lorsque l'épanchement n'est pas récent. Ainsi, le terme moyen du commencement de la maladie, avant l'admission, a été d'environ 12 jours, celui du traitement d'un peu plus de 14 jours.

Les pleuro-pneumonies n'ont été qu'au nombre de 14, 11 hommes et 3 femmes. Le tableau suivant indiquera la date de la maladie, au moment de l'entrée, le point qu'occupait l'inflammation, le degré où elle était parvenue, et enfin le traitement employé.

N° 1 (femm.)	4 jours. Droite base. 1er degré. 2 saig. 7 pal., 2 appl. 7 pal. 1 vés.	guéri le 11e jour.
— 4	4 jours. Droite base. 1er degré. 1 saig. 4 pal., 1 appl. 3 pal. 1/2	guéri le 4e jour.
— 13	5 jours. Droite base. 1er degré. Simple traitement émollient.	guéri le 4e jour.
— 26	8 jours. Droite base. 1er degré. 3 saig. 11 pal. 2 appl. 6 pal.	guéri le 8e jour.
— 5	8 jours. Droite base. 1er degré. 2 saig. 7 pal. 2 appl. 6 pal. 1/2. Emplât. stib.	guéri le 8e jour.
— 18 (1)	3 jours. Gauche base. 1er degré. 3 saig. 11 pal. 1/2. 2 appl. 6 pal. 1/2. 2 vés.	guéri le 10e jour.
— 11 (femm.)	3 jours. Gauche base. 1er degré. 2 saig. 9 pal.	guéri le 5e jour.
— 7 (*id.*)	2 jours. Gauche base. 1er degré. 2 saig. 7 pal. 1 app. 4 pal.	guéri le 6e jour.
— 8	5 jours. Droite total. 1er au 2e degré. 2 saig. 8 pal. 1 app. 3 p. 1/2. 1 vés.	guéri le 11e jour.
— 21	4 jours. Droite total. 1er au 2e degré. 4 saig. 14 pal. 1/2. 1 appl. 3 pal. 1/2. 1 vés.	guéri le 10e jour.
— 3 (femm.)	4 jours. Droite total. 2e degré. 4 saig. 14 pal. 2 app. 6 pal. 1 vés.	guéri le 8e jour.
— 3	4 jours. Droite 2/3 inférieur. 3e *degré*. 3 saig. 13 pal. 2 app. 6 pal.	mort le 2e jour.
— 18	10 jours. Double à la base. 3e *degré*. 3 saig. 11 pal. 2 app. 6 pal.	mort le 4e jour.
— 12	5 jours. Double au sommet. 3e *degré* à gauche. 4 saig. 13 pal. 2 app. 6 pal. 2 vés.	mort le 9e jour.

De ces faits on peut tirer les résultats suivans :

9 fois la pneumonie a existé à droite, 3 fois à gauche, 2 fois elle occupait l'un et l'autre poumons, 10 fois la partie inférieure était envahie, une seule fois le sommet, et dans 3 cas la totalité du poumon. 8 fois la phlegmasie existait au premier degré, 2 fois elle était arrivée au passage du premier au second, une seule fois au second degré confirmé, et dans 3 cas au troisième degré.

Lorsque la pneumonie est arrivée à ce point, on sait qu'elle est presque infailliblement mortelle; aussi les trois malades qui la présentèrent à leur entrée, furent-ils les seuls qui succombèrent.

On a, dans ces derniers temps, avancé l'opinion que les cas dans lesquels on voit la pneumonie se terminer par la guérison à une époque peu éloignée du début, s'observaient surtout chez les individus qui avaient été antérieurement atteints une première ou une seconde fois. Je crois que l'on a beaucoup trop généralisé ce rapport, qui peut se rencontrer quelquefois, mais comme simple coïncidence fortuite. En effet, il est tant de circonstances présentes qui peuvent modifier la gravité d'une pneumonie qu'on a sous les yeux, que je doute qu'on puisse ainsi réduire en règle un fait, qui, tous les jours, est contredit par l'observation. Ainsi, sur trois individus, qui présentèrent la pneumonie au troisième degré, deux avaient déjà eu antérieurement une fluxion de poitrine, avec point de côté et crachats sanglans. Au moment où j'écris nous avons un malade, qui probablement succombera (1), qui a une pleuro-

(1) Accompagnée d'endo-péricardite reconnue et guérie.

(1) Il a succombé le 19 janvier dans la soirée.

pneumonie de tout le poumon gauche et une pneumonie à droite, et cependant il a déjà eu deux fluxions de poitrine, l'une, il y a deux ans et demi, et la seconde, en octobre dernier. Un autre malade, qui vient également de succomber à une pneumonie, datant d'un mois à son entrée, pneumonie qui s'est terminée par une gangrène du poumon et rupture du foyer gangréneux dans la plèvre, avait aussi eu, il y a 8 ans, une première fluxion de poitrine. Revenons à nos malades.

On voit que nous avons eu 3 morts sur 14 pneumonies, ce qui ne donne pas le résultat avantageux, qui a déjà été indiqué dans de précédens résumés; mais il est aisé de voir que les malades, qui ont succombé, étaient réellement incurables par toutes les méthodes : on ne peut donc les opposer comme un argument contre le traitement adopté, car, dans le cas où toutes les pneumonies reçues auraient offert cette gravité, elles eussent toutes eu infailliblement une issue funeste; et, cependant, qui aurait pu se servir de ce résultat pour avancer que, dans le service de M. le professeur Bouillaud, on ne guérit aucune pneumonie.

Le traitement qu'on a mis en usage n'a pas été, dans la plupart des cas, aussi énergique qu'à l'ordinaire, parce qu'en effet, la gravité du plus grand nombre des pneumonies a été peu considérable. Il est bien évident qu'il faut modifier la formule du traitement antiphlogistique, lorsque l'inflammation est bénigne. C'est ainsi qu'on peut voir, dans le tableau ci-dessus, une pneumonie, traitée par de simples émolliens, parfaitement guérie sans saignée. Ainsi, l'on doit croire que, lorsqu'elles sont pratiquées, elles sont impérieusement exigées par l'état du malade; et je ne conçois pas qu'on puisse supposer, que lorsqu'une première saignée a détruit tous les symptômes d'une légère pneumonie, il y ait des médecins qui resaignent encore plusieurs fois, dans le but sans doute de faire prévaloir leur mode de traitement.

J'arrive à présent à la série des rhumatismes articulaires aigus. Elle se compose seulement de 13 cas. Parmi les causes que les malades accusèrent comme productrices de leur maladie, presque tous placèrent en première ligne un refroidissement subit, étant en sueur.

Ces affections ne présentèrent pas toutes le même degré d'intensité. Dans la moitié des cas environ, l'inflammation était bornée à une ou deux articulations; dans un seul cas, la phlegmasie entreprit successivement la plupart des articulations, mais à un degré plus intense; et, dans tous ces cas, les bruits du cœur restèrent à l'état normal. Chez tous les malades, au contraire, où l'on observa une inflammation intense et généralisée, les symptômes d'endo-péricardite furent évidens. Sur 13 rhumatismes que j'examinai, 6 offrirent cette grave complication.

Dans le résumé de la clinique de l'Hôtel-Dieu, pendant l'année scolaire 1834-1835, il n'est nullement fait mention, à l'article Rhumatisme, de la coïncidence dont je parle ici. Il me paraît cependant impossible qu'elle n'ait pas existé dans la grande majorité des cas; et il est bien essentiel que l'attention du clinicien soit éveillée sur cette grave complication, pour deux motifs importans. En effet, 1° en ne tenant aucun compte de l'endo-péricardite concomitante, on peut attribuer l'état fébrile, qui persiste après la disparution de la phlegmasie articulaire, à quelque influence secrète et cachée, qui, bientôt comme un feu qui couve sous la cendre, peut faire renaître tous les accidens; et en second lieu, en négligeant de traiter l'endo-péricardite, on expose presque infailliblement le malade à une terminaison funeste.

Il est bon de s'expliquer sur ce point. Quelques personnes ont déjà objecté bien des fois, pour combattre l'existence de l'endocardite, que, puisqu'elle est aussi grave, si elle existait dans la moitié des cas de rhumatisme articulaire, comme on l'a avancé, ces phlegmasies seraient souvent terminées par la mort, ce qui pourtant n'arrive pas. D'autres ont bien avoué qu'en effet, la péricardite existait, mais qu'elle se guérissait d'elle-même, et que, par conséquent, elle était sans importance.

A ceci il est facile de répondre :

Il est vrai que les rhumatismes aigus ne sont que rarement terminés par la mort; il est vrai que l'endopéricardite concomitante ne fait pas périr immédiatement; mais sa gravité consiste à déterminer, dans l'enveloppe cardiaque et dans les valvules du cœur, des altérations constantes, appréciables, et qui sont presque constamment les causes premières de ces funestes affections organiques du cœur, qui font mourir inévitablement dans un temps plus ou moins éloigné.

Donc, il y a nécessité de connaître l'endocardite aiguë; donc, il y a devoir de la combattre dès les premiers momens des son apparition.

Le tableau ci-dessous, en complétant l'histoire des cas de rhumatisme, nous fournira l'occasion de quelques autres remarques.

(Les astériques indiquent les malades qui présentaient la complication d'endo-péricardite.)

HOMMES.

Nos						
13.	2 s.	8 pal.	20 s. pieds	»	»	guéri le 13e j.
12.	3 s.	11 pal.	20 s. poignet.	»	»	guéri le 11e j.
*20.	1 s.	3 pal. 1/2	»	3 app. vent. 10 p. 1 vés. au cœur avec digit.		guéri le 11e j.
21.	2 s.	8 pal.	20 s. poignets.	2 app.	»	guéri le 8e j.
22.	1 s.	4 pal.	»	»	2 app. 7 p. vés. avec morph.	guéri le 15e j.
*20.	2 s.	7 pal.	48 sangsues	2 app. 3 p. 1/2	»	guéri le 13e j.
*22.	6 s.	22 pal.	»	2 app. 6 p. 2 vés. avec digit.		guéri le 25e j.

FEMMES.

6.	3 s.	11 pal.	30 sangs. poignets.	2 app. 6 pal.	»	guérie le 14e j.
11.	»			1 app. 3 p. 1/2	»	guérie le 8e j.
3.	1 s.	3 pal.	20 sangsues.		»	guérie le 6e j.

*5.	5 s. 25 pal. 40 sangsues.	»	
	1 app. 3 pal.	»	guérie le 16e j.
*8.	2 s. 7 pal. » 1 app. 5 pal. 1 vés. digit.		guérie le 15e j.
*12	1 s. 3 pal. » 1 app. 5 pal. vésicatoire (1)		guérie le 31e j.

On peut voir facilement, par ce tableau, que le traitement des rhumatismes compliqués d'endocardite a été beaucoup plus énergique que dans les cas simples. En effet, le terme moyen de la quantité de sang enlevé dans les premiers jours aux malades qui présentaient la double inflammation, a été de près de 18 palettes; tandis que, dans l'autre catégorie, cette quantité n'a été que de 11 palettes.

Quant à la durée, on peut voir qu'en somme elle a été considérablement abrégée par le traitement mis en usage. Ainsi, nous voyons plusieurs cas terminés en 5, 6 ou 8 jours, ce qui est presque juguler la maladie; et si dans quelques cas, elle s'est prolongée jusqu'au 25e jour, c'est parce que l'affection du cœur n'était pas encore complétement guérie: tandis que le rhumatisme articulaire avait complétement disparu depuis plusieurs jours. En comptant même tout ce temps, nous trouvons que cette affection a cédé, terme moyen, vers le 14e jour. Maintenant qu'on travaille à établir, d'une manière précise, que la durée de cette phlegmasie peut être de beaucoup diminuée, il est bon d'entrer dans quelques détails à ce sujet.

Ainsi, on convient aujourd'hui que M. Chomel, dans son premier travail sur ce sujet, avait fixé à 18 jours la durée moyenne du rhumatisme. Ce fait est exact; mais, depuis, qui ne sait que ce pathologiste distingué avait modifié ses opinions sur ce point; et que, dans les nombreuses leçons qu'il a faites sur cette maladie, il a avancé une opinion bien différente. Dernièrement encore, dans le résumé de sa clinique, pendant l'année scolaire 1834-1835, il est dit: « La durée du rhumatisme articulaire « général a été une seule fois de 13 jours; dans les au- « tres cas, la maladie s'est prolongée de 3 semaines à 3 « mois. »

Ce qui donne, terme moyen, au rhumatisme, à part le cas que M. Chomel regarde comme une véritable exception, une durée moyenne de 55 jours.

Il est donc évident, par cette assertion et par cent autres, consignées dans tous les écrits de ce professeur, qui s'est particulièrement occupé de ce sujet, que la durée du rhumatisme a toujours été fixée à un espace de temps beaucoup plus long que celui qui est consigné dans ces résumés. Maintenant ce fait ne trouve plus de contradicteurs, tout le monde le proclame, mais on cherche à l'expliquer par la constitution médicale régnante depuis 18 mois. Je répondrai à cela que, depuis plus de 3 ans que je rends compte de la clinique de M. Bouillaud, époque qui coïncide à peu près avec celle où ce professeur employa les émissions sanguines, coup sur coup, dans le traitement du rhumatisme, j'ai toujours observé la même terminaison rapide dont je parle aujourd'hui: les comptes rendus publiés à cette époque sont là pour en faire foi.

J'arrive maintenant aux érysipèles de la face: les cas de cette espèce n'ont été qu'au nombre de dix pendant le cours de la clinique.

L'emploi des émissions sanguines fortes et répétées a encore été, dans cette phlegmasie, d'un grand avantage. Tel érysipèle, qui aurait pu avoir une issue funeste, traité par la méthode antiphlogistique ordinaire, a été rapidement enlevé par les moyens qui ont été mis en usage. La complication de la méningite, qui est si redoutable lorsque l'érysipèle est intense, n'est jamais survenue; tandis que je l'ai plusieurs fois observée dans d'autres services, où l'on se contentait de laisser marcher la maladie, ou seulement de l'attaquer faiblement.

Il est cependant à remarquer que dans quelque cas où l'érysipèle était léger, on n'a employé contre lui que des moyens peu énergiques, comme on pourra le voir dans le tableau suivant:

HOMMES.

Nos		
3	2 saignées de 4 pal. en 2 jours.	» guéri le 6e jour.
26 (1)	2 s. de 4 pal. et 30 sangs en 2 j.	» guéri le 4e j.
8 (2)	5 s. de 3 p. 1/2 à 4 p. 25 s. en 4 j.	» guéri le 6e j.
12	2 s de 3 pal. 1/2 en 2 jours.	» guéri le 4e j.
12 (3)	Simple traitement émollient.	» guéri le 5e j.
17	1 saignée de 4 pal. à l'entrée.	» guéri le 4e j.

FEMMES.

12	1 saig. de 4 pal. le 1er j. Huile de ricin.	Guérie le 5e j.
8	1 saig. de 4 pal. et 20 s. en 2 j.	guérie le 5e j.
1 (4)	2 s. de 3 pal. 1/2 en 2 j Huile de ricin.	guérie le 4e j.
14 (5)	4 s. de 3 pal. 1/2 en 48 h. 40 s. les 2 dern. j.	guérie le 9e j.

On reconnaîtra facilement, par la différence du traitement employé, quel a été le degré de gravité de l'inflammation qu'on avait à combattre. Ainsi, dans un cas, de simples émolliens ont suffi; et dans le dernier, qui fut un des plus graves érysipèles que j'aie vu, la mort serait indubitablement survenue, sans la rapidité et l'énergie avec laquelle l'affection a été combattue.

Les affections aiguës du tube digestif, dont je vais

(1) Cette malade avait d'abord été traitée par la teinture de colchique. L'affection, loin de diminuer, s'aggrava; l'endopéricardite survint, et c'est alors qu'on eut recours au traitement antiphlogistique.

(1) Entré pour une congestion cérébrale il fut saigné deux fois. Il fut, trois jours après la dernière saignée, atteint d'érysipèle faciale.

(2) Très-grave.

(3) Très-léger.

(4) Intense.

(5) Très-grave.

maintenant m'occuper, ont offert, quant au traitement, une différence remarquable avec celui que nous avons vu employer jusqu'ici. Ici, les émissions sanguines, quoique pratiquées plus abondamment qu'on ne l'a fait jusqu'à présent, n'ont pas été en somme portées aussi haut que dans les phlegmasies que j'ai déjà passées en revue. Cette modification importante, quoique se rapportant au principe général qui a formulé cette méthode thérapeutique, mérite d'être notée. Le détail des faits particuliers dans lesquels nous allons entrer démontrera cette proposition.

Je m'abstiens de parler d'un grand nombre de cas de gastrite légère ou de simple embarras gastrique, dans lesquelles les émissions sanguines n'ont point été employées, si ce n'est d'une manière tout à fait exceptionnelle.

Dans la série des gastro-duodénites aiguës, fièvres typhoïdes à forme bilieuse de certains auteurs, le traitement antiphlogistique a été en général peu énergique; et quelques essais par la méthode évacuante, où les simples émolliens ont été tentés pour mettre en parallèle, dans des cas à peu près semblables, la durée de la maladie sous l'influence de ces deux modes de traitement.

Je ferai donc deux séries de ces phlegmasies, différemment traitées; et l'on pourra facilement juger de quel côté a été l'avantage.

Le nombre de ces *fièvres bilieuses* a été de 17 : 14 hommes et 3 femmes. Ces cas se sont répartis ainsi pendant les cinq mois qu'a duré le cours de clinique : 2 dans le mois d'avril, 2 en mai, 5 en juin, 3 en juillet, 5 en août. Neuf malades ont été traités par les évacuans ou le simple traitement adoucissant.

HOMMES.

Nos			
1	Malade dep.	8 j. Traitement émollient.	guéri le 7e j.
2	—	2 j. 24 gr. d'ipéc.	guéri le 5e j.
2	—	8 j. Traitement émollient.	guéri le 10e j.
5	—	8 j. 48 gr. d'ipéc. en 2 ℥ de ricin.	guéri le 7e j.
14	—	3 j. Traitement émollient.	guéri le 8e j.
14	—	1 j. Traitement émollient.	guéri le 7e j.
19	—	3 j. Traitement émollient.	guéri le 11e j.
22	—	6 j. Traitement émollient.	guéri le 21e j.
26	—	10 j. —	guéri le 18e j.

FEMMES.

6	—	8 j. Traitement émollient.	guérie le 9e j.
6	—	8 j. Traitement émollient.	guérie le 13 j.

Les malades, chez lesquels la méthode antiphlogistique a été employée, ont été au nombre de dix.

HOMMES.

Nos			
5	Malade dep.	4 jours 1 saig. 3 p. 20 sang. le 1er jour.	guéri le 4e j.
11	—	2 jours 1 sang. 3 p. 20 s. anus 20 abd. en 3 j.	guéri le 6e j.
18	Malade dep.	6 j. 1 saig. 4 p. 1er j. 24 gr. d'ipéc. et 2 ℥ de ricin. (1)	guéri 8e j.
20	—	3 j. 1 s. 3 p. 1/2 et 1 vent. scar. 3 p. 1/2 le 1er jour.	guéri le 6e j.
23	—	8 j. 1 saig. de 4 p le 1er j.	guéri le 5e j.

FEMMES.

9	—	15 j. — ventouse 3 p. 1/2.	guéri le 7e j.

De ces deux tableaux, ne résulte-t-il pas au premier coup d'œil, que la durée du traitement fut plus prolongée lorsque la première méthode a été mise en usage que lorsqu'on a eu recours aux émissions sanguines? En effet, si nous voulons préciser tout à fait, nous trouvons que, dans le premier tableau, la durée moyenne de la maladie a été de près de 11 jours, tandis que, dans le second, elle n'a été que de 6 jours.

Si nous ajoutons à cela que, dans tous les cas où le traitement par les émolliens où la méthode évacuante a été employée, l'affection était beaucoup moins grave que dans ceux où l'on a eu recours aux émissions sanguines, on trouvera qu'évidemment ces derniers moyens ont eut une efficacité réelle dans la guérison de la maladie.

Tous les cas que je viens d'énumérer, et sur lesquels il n'y a pas eu une seule terminaison funeste, me seraient réellement acquis par la statistique définitive de la mortalité dans les *fièvres typhoïdes*. En effet, c'étaient exactement les fièvres typhoïdes à type bilieux, que M. le professeur Chomel a décrites dans son ouvrage; et je fais cette remarque importante parce que, jusqu'à présent, on n'a pas tenu assez compte de cette grave circonstance dans la comparaison des diverses statistiques qui ont été données.

La série des entérites folliculeuses, traitées pendant les 5 mois dont je rends compte, a été nombreuse. 42 cas se sont présentés. Je suis déjà entré dans un grand nombre de détails, relatifs à ces faits, dans les deux résumés qui ont précédé celui-ci. Aussi pour ne pas fatiguer le lecteur par une inutile répétition, je me bornerai à présenter ici quelques résultats généraux.

Dans ces 42 faits, la date de la maladie, avant l'entrée, a été, terme moyen, de 9 jours. Le traitement qu'a subi chaque malade peut être évalué, en prenant la moyenne, à une saignée et demie ou 5 palettes environ et à deux applications de ventouses, en tout environ 11 à 12 palettes de sang, retirées *dans les trois premiers jours* de l'admission.

Sur ces 42 malades, 6 ont succombé, ce qui donne 1 mort sur 7. La durée du traitement, pour ceux qui guérirent, fut, terme moyen, de 11 à 12 jours.

Parmi les 6 malades qui sont morts, 3 étaient âgés de 15 à 16 ans, 2 de 18 à 20, un seul avait 30 ans. 3 étaient entrés dans le mois de mai, 1 en juin et les deux derniers en août. La durée moyenne du séjour

(1) Chez ce malade les deux méthodes furent combinées.

qu'ils firent à l'hôpital fut de 22 à 23 jours. Ce résultat d'un mort sur sept, dans les cas d'entérite folliculeuse proprement dite, est fort remarquable; et, si l'on réunit les 17 cas de fièvre bilieuse que j'ai élagués, on aura un total de 59 affections typhoïdes (selon le langage de MM. Louis et Chomel), sur lesquelles 6 malades seulement auront été perdus; ce qui donne une mortalité d'environ 1 sur 10.

Je bornerai ici les considérations que je voulais présenter sur les affections aiguës. Pour terminer ce travail, je me contenterai de donner le chiffre des divers cas qui se sont offerts à notre examen.

Nous avons déjà passé en revue les affections les plus remarquables parmi les phlegmasies aiguës. Il est besoin, pour donner un tableau complet, de les récapituler.

3 méningites aiguës,	2 morts.
1 cérébrite avec abcès,	1 mort.
4 congestions cérébrales,	1 mort.
2 hémorrhag. cérébral.	1 mort.
12 amygdalites,	guéris.
5 bronchites,	id.
7 pleurésies,	id.
14 pleuropneumonies,	3 morts.
13 rhumatismes articulaires aigus,	guéris.
10 érysipèles de la face,	id.
17 gastro-duodénites,	id.
42 entérites folliculeuses,	8 mort.

Pour terminer cette série, il faut y joindre :

3 rhumatismes articulaires sub-aigus,	guéris.
1 pleurodynie,	id.
2 hémorrhagies pulmonaires,	id.
4 scarlatines,	id.
4 rougeoles,	id.
3 varioloïdes,	id.
2 varioles,	1 mort.
1 zona,	guéri.
5 gastro-entérites légères,	id.
4 entéro-colites,	id.
1 empoisonnement par l'eau de Javelle,	id.
1 choléra-algide,	id.
1 péritonite aiguë,	mort.
2 blennorrhagies,	guéries.
9 courbatures et lumbago,	id.
3 coliques saturnines,	id.
3 tumeurs stercorales,	id.
6 fièvres intermittentes,	id.
2 tics douloureux,	id.
3 affectés de tœnias,	soulagés.

Nous avons vu, au commencement de cet article, que le nombre des morts avait été de 17, ce qui donne, sur un total de 189 malades, une mortalité de 1 sur 11 1/8.

Passant maintenant aux affections chroniques, nous mentionnerons :

5 chloroses,	guéries.
6 affections chroniques du cerveau ou de la moelle, ramollissemens, etc.,	1 mort (1).
25 cas d'inflammation chronique des organes respiratoires, tels que laryngite, catarrhe, tubercules, cavernes,	9 morts.
12 affections organiques du cœur (hypertrophie, dilatation, avec induration des valvules, etc.),	2 morts.
1 péritonite chroniq.,	soulagée.
3 cas de gastrite chronique (2),	soulagés.
2 cas de squirrhe,	id.
5 cas de lésion organique du foie,	1 mort.
2 cas d'ascite,	2 morts.
1 cas d'abcès au rectum, sortis dans le même état.	
1 cas d'hémorroïdes externes,	guéri.
5 rhumatismes chroniq.	soulagés.
2 cas d'hystérie,	soulagés.
4 cas d'ulcération, ou cancer utérin, sortis même état.	

Dans ces 74 cas de maladies chroniques, il y a eu 16 morts, ce qui donne une mortalité d'environ 1 sur 5.

En voyant ces résultats, et en les comparant à ceux obtenus dans les maladies aiguës, où la mortalité fut de 1 sur 11 1/8, je ne puis m'empêcher de m'élever contre une assertion émise dans une statistique clinique, dans laquelle on explique la mortalité plus grande, survenue cette année dans le service dont on rend compte, par le grand nombre de maladies aiguës qui ont été reçues. Évidemment, il y a là erreur manifeste. Les affections aiguës bien traitées, sont le plus généralement curables, et on a eu raison de dire que la mort était l'exception, tandis que tout le monde sait qu'affection chronique ou incurrable est, pour ainsi dire, synonyme. Les chiffres sont là, au surplus, pour appuyer la réfutation de la proposition que je combats, et les chiffres, quoi qu'on en ait dit, devront toujours, à présent, être les auxiliaires de tous ceux qui voudront prouver quelque chose en médecine.

N° 13. — 26 Mars.

Observation d'asphixie causée par les émanations de la houille en combustion; recueillie par M. Bazin (de Basseneville), D. M. P., trésorier de cette société.

Beurlier, âgé de 47 ans, taille de 5 pieds 6 pouces, forme athlétique, jouissant d'une très-bonne santé, charpentier, laborieux, de mœurs douces, ne commettant jamais d'excès; et sa femme, âgée de 46 ans, d'une taille un peu au-dessus de la moyenne (5 pieds et plus), bien constituée, d'un embonpoint médiocre, muscles volumineux, habituellement bien portante, habitant tous

(1) Les autres malades sont sortis sans être guéris.

(2) L'un d'eux, resté dans nos salles jusqu'à ce jour, vient de succomber dernièrement.

deux une loge basse, ayant à peine 5 pieds et demi de hauteur, dépendante de l'entrée de l'hôtel Bretonvilliers, qui donne sur le quai de Béthune, île Saint-Louis, étaient, le 17 février, bien portans. Ils mangèrent des lentilles à leur dîner.

Entre dix et onze heures du soir, avant de se coucher, Beurlier versa un peu d'eau sur quelques morceaux de charbon de terre, en partie consumés, qui se trouvaient dans un petit poêle, placé presqu'au milieu de la loge. Ils se couchèrent et s'endormirent. Beurlier se réveilla, et dit à sa femme : « Je ne me connais plus, je suis comme » fou. » Il descendit de son lit, mais il ne put se tenir debout : il tomba sur le plancher, et ne parvint à rentrer dans son lit qu'avec peine. Sa femme lui répondit qu'elle n'avait plus sa tête à elle, qu'elle se sentait aussi comme folle. Puis ils se rendormirent. Tels sont en partie les détails qui nous furent donnés le 18, à 9 heures du soir, par la femme Beurlier, peu de temps après avoir repris connaissance.

Ce fut le 18, vers 8 heures du matin, que je fus appelé pour donner des secours aux époux Beurlier, que l'on venait de trouver presque morts dans leur lit. Je recommandai au messager de faire ouvrir la porte et la croisée de la loge, où je me rendis quelques instans après, et où se rendit aussi, quelques momens plus tard, M. le docteur Charpentier.

Le poêle, dont la cheminée était fermée, contenait encore sept ou huit morceaux de charbon de terre, réduit à l'état de cook, dont la température, encore assez élevée, nous fit penser qu'il n'y avait pas encore longtemps qu'ils avaient cessé de brûler.

Beurlier était couché sur le dos, le bras gauche était fléchi sur la poitrine, le droit était couché le long du tronc ; les membres extérieurs étaient dans l'extension ; il n'y avait nulle part de raideur : au contraire. La tête découverte, reposait plutôt sur le vertex que sur l'occiput. On l'avait trouvé couché en travers sur son lit, les jambes pendantes. Le visage était plutôt pâle que coloré; les yeux étaient fermés, la bouche aussi ; la mâchoire inférieure était fortement attachée contre la supérieure, et portée un peu en arrière : de sorte que l'on pouvait, en le portant de bas en haut, faire pénétrer le manche d'une cuiller entre les dents incisives ; mais le levier d'étain fut trouvé trop faible pour produire le moindre écartement. La sensibilité paraissait entièrement abolie ; du moins on pouvait le pincer, n'importe où, sans occasionner le moindre signe de sensibilité. La pupille offrant à peine une ligne de diamètre, se contractait encore à l'approche de la lumière d'une chandelle. L'œil était immobile. L'entrée et la sortie de l'air dans la poitrine, qui se dilatait bien, s'accompagnaient d'un bruit fort, d'une espèce de ronflement, et d'un râle à très-grosses bulles, dont le siége paraissait être dans les grosses divisions des bronches et de la trachée. L'on entendait les battemens du cœur ; mais on ne pouvait entendre le bruit respiratoire. Le côté gauche du thorax était évidemment plus mat en avant. Le malade respirait 34 fois ; le pouls était plein, régulier, et battait 148 fois par minute. La peau du visage n'est ni chaude ni fraîche. Peau chaude pour le reste du corps, sans coloration extraordinaire. Le tour de la bouche et le côté droit du tronc étaient salis par une couche peu épaisse de matière grisâtre, qui était tombée en plus grande quantité sur l'avant-bras droit de Beurlier, qui recouvrait l'avant-bras gauche de sa femme, et sur le lit : c'était une purée grisâtre, qui rappelait très-bien les lentilles qu'ils avaient mangées la veille, à leur dîner.

La femme Beurlier était couchée sur le côté gauche, entre le mur et son mari, vers lequel elle était tournée. Les membres supérieurs présentaient un peu de raideur. L'avant-bras droit à demi-fléchi sur le tronc. Son visage n'était point sali comme celui de son mari. Il était légèrement bouffi. On y remarquait une teinte légèrement livide, plus apparente aux lèvres. Elle ne faisait aucun mouvement ; ceux du thorax étaient à peine sensibles. Les yeux n'était pas complétement fermés ; globe oculaire immobile ; pupiles contractées à un degré un peu moindre que celles de son mari. Sa respiration s'entendait quand on l'écoutait attentivement. Quand on la remuait, elle poussait de profonds soupirs. Pouls trop faible pour être compté.

Les veines médianes basilique et céphalique du bras gauche et la médiane basilique du bras droit, furent ouvertes successivement. Le sang coula en jet, par momens seulement. On en obtint environ deux livres. Ce sang était épais, poisseux comme celui des cholériques ; il se coagulait dans le bassin à mesure qu'il y tombait, et autour de l'ouverture de la veine. On ne put obtenir des deux bras de la femme plus de douze onces de sang à peu près, qui présentait les mêmes caractères que celui de Beurlier. Le voisinage de l'anus des deux était sali par des matières fécales.

Après la saignée, le pouls de Beurlier est sensiblement le même qu'auparavant.

Donnez à chaque malade le lavement suivant :

Pr. Eau	8 onces.
Sené	3 gros.

Faites infuser, et ajoutez à colature sulfate de soude 1 once.

Ces lavemens ne furent pris qu'en partie. Celui de Beurlier fut rejeté presque en totalité aussitôt que donné.

Cataplasmes de lin très-chauds, sinapisés, aux jambes, puis aux cuisses. 40 sangsues derrière les oreilles de Beurlier, 30 pour sa femme.

Dans une heure, on administre à chaque malade le lavement suivant :

Pr. Huile de croton tiglium	4 gouttes.
Jaune d'œuf, q. s. pour faire une émulsion.	
Eau	8 onces.

Midi. Tout ce qui a été prescrit a été exécuté. Les lavemens ont déjà procuré à chaque malade plusieurs évacuations. Les sangsues se sont bien remplies. Les piqûres ne donnent que peu de sang.

(Beurlier). Peau du visage plus pâle, plus fraîche ;

nez effilé. Même état des paupières et des pupilles. Le trismus persiste. La respiration est toujours stertoreuse. 140 pulsations. *Battement du pouls, beaucoup plus fort pendant l'expiration que pendant l'inspiration.* 32 respirations.

(Femme Beurlier). Sa respiration s'entend davantage. L'œil exécute quelques mouvemens latéraux. Elle soupire, gémit quand on la remue. On lui a fait prendre quelques cuillerées de café de limonade. Température de la peau peu élevée, à peu près comme à dix heures.

Continuez les sinapismes, promenez des fers à repasser chauds par dessus la couverture, sur les membres inférieurs. 30 sangsues sur les parties latérales du cou de Beurlier; 20 pour sa femme. Limonade tartarique. Sinapismes aux avant-bras.

Quatres heure. Le pouls de Beurlier est très-faible pendant l'inspiration; on le sent très-bien pendant l'expiration. La respiration devient de plus en plus difficile. La peau du visage est pâle, fraîche, moîte. Les ailes du nez se rapprochent de la cloison médiane à chaque inspiration, ce qui n'a plus lieu dès qu'on sépare les lèvres. Le trismus est un peu moins fort. On essaie de le faire boire; mais il n'a pas fait de mouvement de déglutition : on ne lui a pas versé plus d'une cuillerée de liquide dans la bouche. Les sangsues ont bien pris; et les piqûres ont saigné assez copieusement. Il fait quelques mouvemens pour porter sa tête en arrière et de droite à gauche. Paraît, du reste, complétement insensible. La température des membres inférieurs est sensiblement moindre que ce matin.

(Femme Beurlier). Elle exécute divers mouvemens des bras et des jambes; elle tient les genoux en l'air, et porte ses bras tantôt sur sa poitrine, tantôt elle les jette de côté. Ses yeux sont ouverts. Le globe de l'œil se meut lentement de côté et d'autre sans but apparent, ce qui donne à l'ensemble des traits un air stupide. On la fait boire facilement. Elle a eu plusieurs selles. Sa respiration devient forte; elle devient bruyante si on remue la malade.

Deux vésicatoires sur les côtés de la poitrine de Beurlier, deux à la face interne des cuisses. Cruchon d'eau bouillante aux pieds des deux malades. Enveloppez les membres inférieurs de cataplasmes chauds.

Neuf heures du soir. Beurlier s'agite depuis une demi-heure, au point que c'est avec difficulté que trois personnes peuvent l'empêcher de tomber de son lit. Il a arraché les quatre vésicatoires, qui avaient tous commencé à prendre. Son agitation est continuelle, il s'assied, se met à quatre, se recouche, se rassied. Tous ces mouvemens se font brusquement, et s'accompagnent de mouvemens désordonnés des bras, des jambes, et d'efforts pour respirer. Il prononce à chaque instant, avec une voix entrecoupée et étouffée, les noms de sa femme, de sa mère, et jure. *On ne sent plus le pouls que pendant l'expiration.* La dyspnée paraît extrême. On a pu le faire boire plusieurs fois; on le fait boire devant moi : il exécute bien le mouvement de déglutition. Il ne paraît pas entendre. Les yeux sont à demi-fermés. La pupille est moins contractée, et évidemment plus sensible à la lumière. La température est à peu près ce qu'elle était à quatre heures. Je profite d'un instant où il est plus tranquille pour ouvrir l'une des veines. J'obtiens avec beaucoup de peine 8 à 10 onces de sang, présentant tous les caractères du sang de ce matin. Le calme continue encore pendant dix minutes; puis l'agitation recommence.

La femme Beurlier a repris connaissance : elle me donne les détails, qui se trouvent au commencement de cette observation, sur ce qui leur est arrivé pendant la nuit dernière; elle ne se rappelle nullement ce qui lui est arrivé depuis que son mari s'est recouché. Elle n'a point souffert depuis ce moment; elle croit que son mari est à travailler à Bercy : on dirait d'une personne qui se réveille d'un long et profond sommeil, en la voyant. Elle regarde les personnes qui l'entourent d'un air étonné; se plaint de picotemens aux jambes; on lui dit que c'est l'effet des bas de laine qu'elle portait hier, et elle le croit; elle dit ne pas éprouver de douleurs aux avant-bras, qui sont fortement rougis par les sinapismes. Elle se sent fatiguée; ne sait pas l'heure qu'il est; elle croit avoir dormi; n'a pas de mal à la tête : elle trouve sa respiration libre. Langue couverte d'un enduit blanchâtre; peu de soif. On lui laisse ignorer l'état de son mari. Limonade tartarique, lavement de lin, cataplasme émollient sur les parties enflammées par les sinapismes.

Le 19, au matin, la femme Beurlier va bien. Le pouls est légèrement accéléré; la peau un peu plus chaude que dans l'état normal; soif peu considérable (n'a pas bu un litre de tisane depuis hier soir), souffre beaucoup de la jambe, et surtout de l'avant-bras gauche, dont l'épiderme est soulevé par de la sérosité tout au tour, dans l'étendue de 5 à 6 pouces. On lui apprend que son mari, que l'on avait transporté hier, vers le milieu du jour, dans une petite chambre au-dessus de sa loge, est malade aussi; mais qu'il est beaucoup plus malade qu'elle, ce qui paraît l'inquiéter beaucoup. Lavement émollient, limonade citrique, compresses fenêtrées, enduites de cérat, et recouvertes d'une couche épaisse de charpie imbibée de la lotion suivante :

Pr. Eau distillée 8 onces,
Solution de sous-acétate de plomb 2 gros.

Sur les parties privées de son épiderme; deux bouillons.

Beurlier est mort à 2 heures du matin. Les personnes, qui l'entouraient ont trouvé plus commode de l'attacher sur son lit, que de faire de temps en temps quelques efforts pour l'y maintenir, ainsi que je l'avais recommandé. Il paraît en avoir fait de très-grands pour se débarrasser de ses liens. On lui avait attaché les bras et les jambes avec des mouchoirs, des serviettes. Les parties, sur lesquelles portaient ces liens, sont livides, meurtries. L'épiderme est enlevé en plusieurs endroits des parties les plus saillantes du dos. Cet épiderme paraît avoir été enlevé en conséquence de fortes frictions : ces parties sont d'un rouge violet. La face antérieure du cadavre, et le visage surtout, est pâle. Les paupiè-

res sont abaissées ; la bouche fermée ; la mâchoire inférieure fortement rapprochée de la supérieure. Un peu de liquide écumeux sort de la bouche. Les bras sont fléchis vers le thorax, sans le toucher, les doigts sont à demi-fléchis. La raideur cadavérique est partout très-considérable, bien que le cadavre conserve encore beaucoup de chaleur. Le ventre est tendu et légèrement ballonné. Le scrotum a un volume considérable, les jambes sont à demi-fléchies. Les pieds sont dans l'extension, et leur extrémité portée en dehors.

Autopsie, faite le 20, trente-six heures après la mort. — Température moyenne de la chambre, environ 8 degrés.

Lividité très-prononcée de la face postérieure du tronc, sur laquelle repose le cadavre. Vergetures nombreuses sur le ventre, qui est légèrement ballonné. Raideur cadavérique toujours très-prononcée.

Tête. Le cuir chevelu ne contient pas plus de sang qu'à l'ordinaire. Je suis surpris de la petite quantité qu'en contiennent les vaisseaux des enveloppes du cerveau. Il y a peut-être deux à trois cuillerées à café de sérosité opaline dans la cavité de l'arachnoïde qui recouvre la partie médiane et antérieure des lobes antérieurs du cerveau. Le sinus longitudinal ne contenait que très-peu de sang liquide ; les autres sinus n'ont pas été examinés. Il n'existait nulle part d'adhérences entre la pie-mère et la substance cérébrale. La substance grise des lobes antérieurs était peut-être un peu plus rouge que celle du reste du cerveau : la consistance était partout la même. La substance blanche des lobes antérieurs laissait suinter un bon nombre de gouttelettes de sang, d'un rouge brun, à mesure qu'on la coupait par tranches, ce qui n'avait point lieu au même degré dans les autres parties du cerveau, dont la consistance était naturelle partout. Les ventricules ne contenaient point de liquides. Les différentes parties de cet organe ont été examinées successivement, et n'ont offert rien de particulier. La moelle n'a pas été examinée.

Cavité thoracique. Point de liquide dans la cavité pleurale. Nous avons été frappé du diamètre des vésicules pulmonaires, que nous avons d'abord examinées sans toucher au poumon. Toute la face antérieure du poumon droit offrait cet aspect emphysémateux, et seulement le lobe supérieur du poumon gauche. (Le médiastin n'a pas été examiné.) J'ai complétement désarticulé le sternum, et ensuite coupé la trachée-artère au-dessus du larynx, ce qui m'a permis d'enlever les deux poumons, sans les exposer à aucune pression, et sans qu'il ait été possible que l'air, qu'ils contenaient, pût être déplacé, et pût produire un emphysème artificiel. Les deux poumons et le cœur ont été plongés dans un seau d'eau : il s'en est à peine enfoncé les deux tiers au-dessous de la surface de l'eau.

Cœur. Le péricarde ne contenait point de liquide ; il était humide, et n'offrait rien de particulier. Le cœur nous frappa par son volume, qui était moindre que nous ne nous attendions à le trouver dans un sujet aussi fortement constitué ; il était certainement moins volumineux que le poing du sujet. Le ventricule gauche, dont les parois avaient environ trois lignes d'épaisseur, ne contenait point de sang ; le droit contenait un caillot assez consistant de sang noir, qui pouvait avoir un pouce de diamètre. L'oreillette gauche contenait un peu de sang également noir et coagulé ; la droite en contenait davantage. Du reste, nous avons été frappé de la consistance du sang, qui était telle, qu'il n'en est pas tombé plus de cinq à six gouttes dans la cavité thoracique, au moment où les veines caves ont été coupées. Le cœur était pâle à l'extérieur et flasque, il était ramolli : on l'écrasait facilement entre le pouce et l'indicateur. L'aorte thoracique, la seule portion du système vasculaire, qui ait été examinée, était parfaitement vide.

Poumon. Ce qui frappait d'abord en voyant ce poumon sortant du cadavre d'un homme qui avait succombé à ce qu'on peut appeler une asphyxie lente, puisqu'elle avait probablement duré au moins 24 heures, c'était l'état en apparence parfaitement sain du poumon droit et l'engorgement à peu près borné au lobe inférieur du poumon gauche. Mais en examinant tout ce poumon, paraissant sain au premier aspect, on était frappé du diamètre qu'offraient partout les vésicules, qui variaient entre un demi-millimètre et un millimètre et demi. J'ai incisé avec soin le poumon droit et le poumon gauche, en suivant la division des bronches jusqu'à celle du troisième et quatrième ordre ; et, dans tout le poumon droit et le tiers supérieur environ, du lobe supérieur gauche ; j'ai vu les vésicules pulmonaires dans le même état. Le tissu cellulaire sous muqueux, bronchique du poumon droit, présentait une injection d'un violet grisâtre, peu foncé ; la muqueuse donnait facilement des lambeaux de 9 à 12 lignes. Tout ce poumon était pâle, léger, ne contenait presque pas de sang. J'oubliais de dire qu'il n'existait pas la moindre adhérence entre les plèvres. Le reste du lobe supérieur gauche, laissait couler un liquide spumeux, d'un rouge brun, peu abondant. Tout le lobe inférieur offrait un engorgement sanguin qui donnait à ses différentes coupes, l'aspect de celles du foie de bœuf. Le doigt s'y enfonçait comme dans un foie un peu mou ; sur le plus grand nombre des coupes de ce même lobe, que j'ai divisé en suivant la direction des bronches en tranches, ayant de 4 à 5 lignes d'épaisseur, et dans une étendue de 3 à 4 pouces de diamètre, on comptait quarante à cinquante petits points blanchâtres, de forme variable d'une à deux lignes dans leur plus petit diamètre, et de deux à trois, dans leur plus grand. Ces points étaient dûs à une matière ayant la consistance et la couleur de la crême ordinaire, ou plutôt du pus. Ce pus, car c'en était, bien certainement, était contenu dans les divisions bronchiques d'un demi-millimètre à deux et trois millimètres de diamètre. Au moyen d'une pression légère, on faisait sortir de ces divers points une plus grande quantité de pus. Près de quelques-uns de ces petits foyers purulens, et quelquefois, dans l'endroit même où ils se trouvaient, on apercevait des pellicules qui n'étaient autre chose que

le périsperme ou écorce des lentilles qu'il avait mangées, le 17. Dans d'autres points, c'était l'embryon de ce même légume. Tout ce lobe contenait ainsi, un grand nombre de parcelles de lentilles, et peut-être aussi d'autres corps étrangers, qui étaient parvenues aussi loin que le diamètre des bronches l'avait permis. La muqueuse elle-même, n'était évidemment injectée, et ramollie que dans le voisinage des foyers où le diamètre des bronches m'a permis de la détacher. Dans tout le reste, le tissu cellulaire sous-muqueux était fortement injecté en un rouge brun, et la muqueuse avait une bonne consistance. Les sections des artères pulmonaires se dessinaient sur les différentes coupes du lobe que je viens de décrire, par leur aspect noirâtre plus foncé; ce qui venait de ce qu'elles étaient gorgées de sang.

Foie. Le foie était pâle et ferme, plus consistant que dans l'état ordinaire. La vésicule biliaire était flasque, et n'était guère plus d'à moitié remplie par une bile assez liquide teignant les doigts en jaune orangé.

L'estomac d'une capacité ordinaire, était complétement vide; la membrane muqueuse en était pâle; elle donnait des lambeaux de trois à six lignes dans la région splénique; mais à mesure que l'on approchait du pylore, ils avaient dix-huit lignes et plus. Il y avait quelques bulles d'emphysème sous muqueux, dans une étendue de trois à quatre lignes dans le grand cul-de-sac. La muqueuse duodénale n'a offert rien de particulier; le reste du tube digestif qui contenait beaucoup de gaz, et qui était pâle extérieurement, n'a pas été ouvert. La cavité péritonéale de la région hypogastrique contenait quelques cuillerées de sérosité trouble. Il n'existait point d'adhérence entre aucun des organes contenus dans la cavité abdominale.

La rate n'a offert de remarquable qu'un ramollissement prononcé. Les deux reins présentaient un grand nombre de bulles d'air sous leur enveloppe péritonéale, et dans leur tissu; le rein gauche s'écrasait facilement entre les doigts; le droit était flasque sans être ramolli. La vessie était distendue par environ un litre d'urine; le scrotum avait au moins six à sept pouces de hauteur sur cinq de largeur. Cette augmentation de volume était due à une espèce d'emphysème; car elle disparut en grande partie aussitôt que j'y eus donné un coup de scalpel. Aucun des organes que je viens de décrire, n'offrait de traces évidentes de putréfaction. Les cavités thoraciques et abdominales avaient conservé une température très-sensiblement supérieure à celle de la chambre.

La femme Beurlier s'est promptement rétablie. Au bout de cinq à six jours, il ne lui restait de cet accident qu'un peu de faiblesse; sa respiration était parfaitement libre, et son appétit bon. Elle eût été bien portante sans les plaies résultantes des sinapismes, et le chagrin assez profond que lui a causé la mort de son mari.

Réflexions.

1° L'accélération de la circulation pendant l'expiration, et surtout pendant les expirations qui accompagnent les efforts violens, avait été signalée par Lamure, Bichat et autres. M. Magendie, auquel ce phénomène n'a pu échapper, dans ses nombreuses vivisections, l'a expliqué par la compression qu'éprouve l'appareil respiratoire pendant l'expiration. Quoiqu'il en soit, il paraît que ce fait, qui pourra servir dans plusieurs circonstances, à expliquer certaines irrégularités du pouls, n'a pas été pris en considération par les sémeiologistes. D'un autre côté, il pourra servir à corriger une erreur dans laquelle, je le confesse, j'avais été jusqu'alors: c'est que les pulsations de l'artère peuvent bien n'être plus sensibles, alors même que le cœur se contracte avec le plus d'énergie. Et cela se conçoit très-bien, en admettant l'explication de M. Magendie. En effet, au moment de l'inspiration, le sang est fortement aspiré par le poumon, tandis que dans l'expiration, il en est chassé, exprimé pour ainsi dire; d'où il suit que dans le premier cas, le cœur ne reçoit que la quantité de sang que l'état général de la circulation est capable d'y faire arriver; tandis que dans le second, il reçoit cette même quantité, plus celle qui résulte de la compression à laquelle les vaisseaux du poumon sont soumis pendant l'expiration. Dans le premier cas, le cœur peut se contracter pour ainsi dire à vide, tandis qu'il contiendra encore une certaine quantité considérable de sang dans le second. Enfin, ce fait vient corroborer un autre fait démontré depuis longtemps, puisque Haller semble l'avoir mis hors de doute, bien qu'il soit encore contesté par quelques physiologistes, et notamment par le célèbre Ch. Bell: c'est que les mouvemens respiratoires exercent bien certainement une influence sur la circulation pulmonaire.

2° L'emphysème général du poumon, que dans ce cas, l'on pourrait appeler emphysème spontané, observé sur un sujet, qui jusqu'à l'accident qui a déterminé chez lui une lente asphyxie, avait été parfaitement portant (c'est ce dont je me suis assuré, en interrogeant à plusieurs reprises, et sa veuve et ceux qui le voyaient habituellement) est un fait qui me paraît d'une grande importance en pathologie. Ce serait peut-être le cas de dire «*perpendendæ non numerandæ.*» Les faits de ce genre, en effet, n'ont pas besoin d'être comptés; un seul prouve que sous la seule influence de fortes inspirations, les dernières divisions des bronches qui ne paraissent formées que par la membrane muqueuse et la couche fibreuse qui leur est sous-posée, et que l'on nomme encore, à tort, vésicules pulmonaires, peuvent être distendues au point de leur faire perdre la propriété de revenir sur elles-mêmes, et les laisser dans cet état que Laënnec a, le premier, nommé emphysème pulmonaire. Je réserverai la discussion de ce fait, et d'autres faits analogues qui se pressent sous les yeux de l'observateur, pour une publication prochaine. Les recherches auxquelles je me livre depuis longtemps, sur la structure du poumon, sont enfin couronnées par un succès complet. La structure des bronches, qui jusqu'à Reissessen, avait été un écueil contre lequel toute l'habileté des plus célèbres anatomistes avait échoué, avait été mise hors de doute par lui. Mais on a peu lu son livre

qui est dispendieux. On ne le connaît que par des analyses où son *modus operandi*, n'est point donné. Personne jusqu'à ce jour n'avait réussi à répéter ces expériences. Ses idées étaient rejetées par les uns, admises avec restriction et doute par les autres. Non-seulement j'ai réussi aussi bien que lui, mais mieux, en jugeant ses préparations par les dessins qu'il en a donnés. J'ose espérer que la belle découverte de Reissessen qui devait avoir tant d'importance pour la physiologie et la pathologie surtout, de notre appareil respiratoire, ne demeurera point stérile. En cherchant à vérifier les faits découverts par lui, j'en ai découverts de nouveaux. On lui a reproché de n'avoir point préparé de poumons humains, je les ai préparés ; et l'une des plus belles préparations de bronches que je possède, a été faite sur le poumon d'une jeune fille de dix-huit ans. La reconnaissance me fait un devoir de dire que grace à l'obligeance de M. Ducrotay de Blainville, qui se fait un véritable bonheur d'être utile à ceux qui travaillent, j'ai à ma disposition les restes des animaux qui meurent au jardin des plantes, ce qui m'a mis à même de répéter mes recherches sur différens genres de mammifères et d'oiseaux. Enfin, mon confrère, M. le docteur Coste, qui poursuit avec ardeur ses recherches d'embryologie comparée, m'a promis d'étudier avec moi l'appareil respiratoire, depuis sa forme la plus rudimentaire, jusqu'à son évolution complète. Ainsi, j'aurai bientôt à ma disposition les matériaux d'un travail complet sur l'anatomie et la physiologie comparée de l'appareil respiratoire dans les trois premières classes des animaux vertébrés, auquel je me propose d'ajouter quelques recherches sur le mode de production, et le siége des principales lésions de cet appareil.

3e L'inflammation, qui dans quelques heures a parcouru toutes ses périodes, est un fait que nous livrons à la méditation des pathologistes, de ceux surtout qui croient devoir admettre le transport du pus en nature, dans les cas de phlébite, par cela seul que peu d'heures (24 heures plus ou moins), avant la mort, il n'existait aucun symptôme de pneumonie, et que l'on trouve du pus dans le poumon à l'autopsie.

4° Le sang des asphixiés est ordinairement liquide, ici il était coagulé. Il existe plusieurs exemples d'une pareille anomalie.

BULLETIN CLINIQUE.

Les faits, leur interprétation.

MARS 1836.

HOTEL-DIEU.

SERVICE DE M. BALLY. — CLINIQUE DE M. PIORRY.

Anhématosie par refoulement du diaphragme et par l'écume bronchique. Maladie du cœur consécutive. Dilatation remarquable de l'artère pulmonaire et de ses divisions. Cas remarquable d'hérédité.

Julie Paillot, âgée de 64 ans, marchande de linge, était, dans son enfance, robuste et pléthorique. Son père et sa mère sont l'un et l'autre morts *asthmatiques*, l'un à 54 ans, l'autre à 68. Le thorax de cette femme, dès le jeune âge, a présenté une conformation anormale, et telle que le sternum, très-bombé en avant et à sa partie moyenne, présente une saillie de deux pouces au-devant d'une ligne droite qui, partant du bord supérieur de cet os, arriverait à l'appendice xiphoïde. L'espace correspondant à cette bosselure, non-seulement s'étend au sternum, mais aussi aux côtes voisines, de telle sorte, qu'il présente une surface de trois pouces d'un côté à l'autre. Les dimensions transversales de la poitrine sont peu considérables en haut, le thorax aplati latéralement, forme une sorte de cône plus large en bas et plus étroit en haut, que dans l'état normal. Le ventre a toujours été très-volumineux et les gaz abdominaux incommodaient fort souvent la femme Paillot, et gênaient la respiration.

Paillot a eu *vingt-deux* frères et sœurs qui ont tous eu la même conformation de thorax et de l'abdomen. Ils ont tous été asthmatiques, et sont tous morts assez jeunes. Le plus âgé n'a vécu que 24 ans.

Réglée seulement à 20 ans, ayant cessé de voir à 35 ans, elle a eu, dans ce court espace de temps, seize enfans (trois de ses couches ont été doubles). Chez tous, la poitrine et le ventre avaient la disposition qui vient d'être décrite chez la mère. Tous sont morts *asthmatiques;* les uns, peu de temps, les autres, jusqu'à 10 ans après leur naissance.

Cette femme, qui n'a jamais éprouvé de maladies aiguës de la poitrine, a toujours été sujette à une grande difficulté de respirer. Elle rendait des crachats abondans, et éprouvait plus de dyspnée lorsque le temps était humide. Elle éprouvait, depuis 20 ans, des battemens de cœur fort incommodes. Elle était sujette à des terreurs brusques et à des réveils en sursaut. Paillot était souvent menacée de suffocation, surtout pendant la nuit. Elle ne pouvait supporter la marche ascendante, tandis qu'elle marchait assez facilement sur un terrain uni.

Depuis huit jours, les accidens se sont de beaucoup augmentés. Le ventre est devenu très-volumineux; les extrémités se sont infiltrées.

Entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Joseph, le 13 février 1835, son état était le suivant :

Faciès des maladies du cœur, au plus haut degré. Les joues et les lèvres présentent des vésicules noirâtres et dilatées, qui se dessinent sous forme d'arborisations; la langue est humide et d'une couleur violacée; les selles sont naturelles; le ventre très-volumineux forme une saillie remarquable au-dessus d'une ligne qui, partant de l'appendice xiphoïde, serait portée directement vers la symphyse pubienne. Matité à la partie déclive; sonoréité très-grande au-dessus; changement de situation de l'une et de l'autre par les changemens de position du sujet. On constate ainsi par la percussion plessimétrique, la présence du liquide et la hauteur du niveau qui, depuis la veille, s'est élevé d'un pouce. La fluctuation périphérique, ou par le procédé ordinaire, *ne fait pas trouver* le choc du liquide. Le foie a 4 pouces et demi sur le côté, et n'est pas développé sur les autres points de son diamètre; la rate est peu volumineuse.

Le cœur est refoulé par en haut, jusqu'à un pouce au-dessous du bord supérieur du sternum. Il est logé dans la voussure de la partie antérieure du thorax. Il présente six pouces, d'un côté à l'autre, sur lesquels deux pouces correspondent aux cavités droites. La matité du cœur est très-prononcée, ce qui prouve que l'organe est volumineux d'avant en arrière. Les battemens qu'il donne, sont faibles, lointains, sourds, assez réguliers; ils ne sont accompagnés d'aucun bruit anormal. Le pouls radial est imperceptible, le carotidien et le crural faibles; il n'y a pas de reflux du sang dans les veines jugulaires, lorsqu'on les vide par la pression: mais elles sont pleines de sang et volumineuses.

Les poumons sont sonores et élastiques en haut et en avant. *Ils occupent un très-petit espace dans le thorax, car le foie et le tube digestif sont refoulés vers le thorax dans les mêmes proportions que le cœur.* En arrière, on trouve que la poitrine donne moins de son que dans l'état normal; des ronchus sibilans se rencontrent en avant, et des râles larges et très-bruyans se trouvent en arrière des deux côtés.

Les quatre membres présentent une infiltration remarquable.

Le diagnostic fut celui-ci : Anhématosie par le refoulement du diaphragme ; hypercardiotrophie, hypercardiectasie consécutives ; rétrécissement aortique douteux, hydro-péritonie.

Une saignée fut prescrite, les râles augmentèrent, la malade périt le soir même.

Le cadavre présentait, le 15 février, le même aspect que pendant la vie. Le cœur s'élevait à la même hauteur au-dessous du sternum, et avait la même largeur. On constata que les mesures des organes qui avaient été prises, que le siége qu'on leur avait assigné, que la dernière limitation du niveau de l'épanchement, étaient de la plus grande exactitude. Le cœur était situé à un pouce du bord supérieur du sternum, et les deux pouces assignés aux cavités droites correspondaient à la dilatation de l'oreillette droite.

Le cœur avait six pouces d'un côté à l'autre ; son épaisseur totale était grande ; il était distendu par une grande quantité de sang noir, coagulé, peu consistant, non couenneux et qui se rencontrait dans les cavités gauches et dans les droites.

L'orifice aortique était libre, celui de l'artère pulmonaire très-dilaté ; il en était ainsi de l'orifice auriculo-ventriculaire de chaque côté ; mais à droite, la dimension de cette ouverture était telle qu'on pouvait y introduire trois doigts très-profondément, et que son diamètre était approximativement de deux pouces. Celui de l'artère pulmonaire présentait une telle dimension, que le plessimètre pouvait y entrer facilement et que le vaisseau laissait une ligne d'intervalle entre cet instrument et les parois. Ce plessimètre avait dix-huit lignes ; donc le diamètre de *l'artère pulmonaire* était de *vingt lignes*.

Les divisions de ce vaisseau étaient non moins dilatées. On introduisait le pouce, jusqu'à son extrémité phalangienne, dans les deux premières branches de l'artère ; le diamètre était donc ici de plus de douze lignes. L'indicateur pouvait pénétrer dans les secondes divisions, et le petit doigt arrivait même dans les troisièmes. Partout les vaisseaux étaient très-minces.

Les ventricules étaient dilatés ; le droit l'était plus encore que le gauche. Le premier avait proportionnément des parois plus épaisses. Leurs dimensions, sur les divers points de leur étendue, variaient, pour l'un, de trois à cinq lignes, pour l'autre, de sept à dix lignes. Le tissu en était ferme. On ne trouvait à la surface interne aucune trace d'inflammation, soit ancienne, soit récente.

L'aorte pectorale et les principales artères étaient libres ; il en était ainsi de l'aorte abdominale : seulement, vers la bifurcation de ce vaisseau, il y avait une diminution dans le diamètre de celui-ci. On pouvait cependant y faire pénétrer le petit doigt. Une plaque ossiforme, de cinq lignes de longueur sur deux de largeur, existait au voisinage. Ailleurs, l'artère n'était en aucune manière ossifiée.

La veine porte, la veine cave inférieure et leurs divisions, étaient remarquablement dilatées.

La trachée-artère, ainsi que la membrane muqueuse laryngienne, présentaient une couleur rougeâtre. Plusieurs ecchymoses, très semblables à celles qu'on remarque fréquemment à la peau, dans les derniers temps des maladies du cœur, se voyaient dans la membrane laryngienne. Leur étendue variait d'une à deux lignes de diamètre. Les bronches étaient complétement remplies par des mucosités teintes de sang, très-visqueuses, très-tenaces, et qui empêchaient entièrement l'entrée et la sortie de l'air. Aussi *les poumons, dont le volume était très-petit, remplissaient cependant, d'une manière presque complète*, la cavité du thorax. A peine existait-il, en effet, lors de l'ouverture du thorax, une ou deux lignes de distance entre les parois de la poitrine et les poumons.

Le foie, la rate et les organes digestifs, étaient exempts de lésions. Ils présentaient le volume qu'on leur avait assigné pendant la vie. La vésicule du fiel renfermait un grand nombre de granulations noirâtres, contenues dans une substance pâteuse de la même couleur.

Réflexions.

Cette observation est à coup sûr un des exemples les plus remarquables de l'anhématosie par le refoulement du diaphragme. Ici, les accidens furent chroniques, et semblèrent décider la maladie du cœur.

Il serait difficile, en effet, de considérer comme primitive la lésion de cet organe. La conformation vicieuse du thorax et de l'abdomen préexistait. On n'accusera pas ici une inflammation du cœur d'avoir produit la dilatation ou l'hypertrophie. Il n'y a pas eu, pendant la vie de cette femme, de maladie inflammatoire aiguë des centres circulatoire ou respiratoire.

Ce n'est pas l'ossification ni le faible rétrécissement de l'aorte vers sa bifurcation, que l'on pourrait accuser d'avoir dilaté et hypertrophié les parois des cavités du cœur. S'il en eût été ainsi, les artères, situées entre l'orifice aortique et le point rétréci, auraient été dilatées, et le contraire avait lieu. D'ailleurs, ce rétrécissement était peu considérable, et comme sa cause était une ossification en rapport avec l'âge, il en résulte que cette coarctation était récente, tandis que la maladie du cœur était ancienne. Ajoutez, comme preuve de ceci, que les membres abdominaux étaient bien conformés, leurs muscles volumineux, ce qui n'eût pas eu lieu s'il y avait eu un rétrécissement aortique congénital.

C'était donc la conformation de cette femme qui avait occasionné les accidens dont elle était atteinte. Cependant, la voussure du sternum ne les avait pas causés. Que le cœur, en effet, soit situé dans une concavité osseuse qui agrandit la poitrine, ou dans sa place ordinaire, cela importe peu pour l'étendue, et pour la possibilité des mouvemens respiratoires. Bien loin de là, l'espace bombé, dont il s'agit, augmentant le diamètre antéro-postérieur de la poitrine, il devrait en résulter plus de facilité pour ces mêmes mouvemens.

C'est le déplacement des viscères, c'est leur refoulement par en haut, qui a causé tous ces désordres. C'est à cette circonstance anatomique (voy. *le Traité de Mede-*

cine pratique, article *Anhématosie abdominale*), que la dilatation et l'hypertrophie doivent être rapportées. Si les poumons sont très-gênés dans leur situation, ils le seront dans leurs fonctions; s'ils sont petits, comprimés, leur expansion sera moins complète et moins active; dès-lors, diminution dans l'hématose, difficulté du sang dans le poumon. Quand même ce passage serait aussi facile qu'à l'ordinaire, au moins n'aurait-il pas lieu dans un aussi grand espace que chez un autre individu. Partant, dilatation du cœur droit et de l'artère pulmonaire, car ceux-ci n'en reçoivent pas moins une grande quantité de sang. C'est de la même manière que s'explique encore le peu d'épaisseur des parois de l'artère pulmonaire et la dilatation des orifices.

La maladie du cœur gauche, bien moins manifeste que celle du cœur droit, était ici le résultat de la lenteur de la circulation et de l'accumulation habituelle du sang dans toutes les parties de son cours. Un obstacle existant en effet dans les cavités à sang noir, les artères et les cavités droites se gorgent aussi de liquides, et de là, des maladies de ce côté du cœur. C'est que la circulation mérite en effet le nom qu'elle porte, et qu'un obstacle au cours du sang, dans un point de l'étendue des organes circulatoires, décide une stagnation de ce liquide dans toutes les parties qui constituent l'appareil circulatoire.

Bien que dans cette observation, il y a eu une dilatation très-considérable de plusieurs orifices du cœur, on n'observe pas de bruit anormal dans la région occupée par cet organe. Il est vrai que la malade ne fut auscultée que deux fois. Depuis quelque temps, nous avons vu à la Clinique plusieurs rétrécissemens des orifices, sans qu'aucun bruit les annonçât. On les reconnut cependant par l'ensemble des phénomènes généraux, par les changemens de volume survenus dans les ventricules, et par la faiblesse extrême du pouls. Plus tard, la nécroscopie vérifia le diagnostic. Les faits nombreux dont j'ai été témoin, ne me permettent pas d'avoir autant de confiance dans la valeur diagnostique des bruits de souffle du cœur, que M. Bouillaud. J'admets, comme Laënnec, que souvent ils sont en rapport avec des rétrécissemens organiques; que d'autres fois, ils ne les indiquent pas lorsqu'ils existent, et que parfois aussi, on rencontre ces bruits lorsqu'il n'y a pas de coarctation des orifices. Je ne fais que formuler ici cette proposition qui me conduirait trop loin, et qui exige une longue discussion. J'attache trop de prix aux opinions de M. Bouillaud, pour les combattre lorsque je ne les partage pas, avec des faits peu nombreux, ou avec des motifs peu puissans. Ce grave sujet trouvera sa place dans mon traité de diagnostic.

M. Corrigan a considéré comme une maladie primitive du cœur, la dilatation des orifices. Ses observations ne sont pas assez détaillées pour décider la question. Il paraît bien plus naturel de croire que dans les cas où cette dilatation est observée, quelques causes mécaniques, telles que des rétrécissemens aortiques, un abdomen volumineux, un poumon malade, etc., ont gêné le cours du sang, et ont ainsi décidé la dilatation des orifices gauches ou droits. Du reste, chez notre malade rien n'a annoncé, pendant la vie, la grande étendue des ouvertures vasculaires observées. Rien n'a pu faire reconnaître, non plus, la dilatation uniforme de l'artère pulmonaire et de ses divisions. Seulement, l'ancienneté de la maladie, le grand volume des cavités droites, reconnu par la percussion, la dispnée constante depuis tant d'années, auraient pu la faire soupçonner.

Loin que, dans cette observation, le pouls fut fort, grand, développé, sa faiblesse était extrême, et cependant les orifices étaient libres; mais c'est que les poumons sont aussi une portion du cercle que parcourt le sang. S'ils sont peu volumineux, et surtout comprimés, ils seront traversés par moins de liquides; il en arrivera moins au cœur qui, par conséquent, n'en pourra pas porter dans les artères autant que chez d'autres sujets, puisqu'il en aura moins. Le pouls devra donc être très-faible, bien que les orifices cardiaques soient plus larges qu'à l'ordinaire. C'est précisément encore ce qui a lieu dans l'anhématosie par l'écume bronchique, lorsque les vaisseaux des bronches oblitérées par l'écume ne se laissent plus facilement traverser par le sang. Alors, le pouls qui était fort un moment auparavant, devient tout à coup misérable; alors, la lenteur de la circulation, dans les cavités gauches, y favorise le développement des coagulations d'apparence couenneuse.

L'exemple précédent de maladie héréditaire, est l'un des plus remarquables que l'on puisse citer. Les renseignemens qui concernent cette partie de l'observation, ont été pris avec un soin extrême; les questions posées de manière très-variée, pour bien s'assurer que cette femme n'abusait pas l'observateur. Il en est de l'hérédité comme de beaucoup d'autres points de la science: on n'a pas assez approfondi les faits qui s'y rapportent, et peut-être aussi n'a-t-on pas assez distingué entre elles ces maladies que l'on présume être héréditaires.

On ne peut nier que beaucoup d'enfans ressemblent à leurs parens; que beaucoup d'entre eux ont une conformation des divers organes fort analogue à celle des personnes qui leur ont donné naissance. On ne peut nier que certains vices de conformation, tels que des doigts surnuméraires, ne se trouvent quelquefois dans plusieurs personnes d'une même famille, et de père en fils. Or, s'il résulte de ce défaut de conformation, une maladie grave, celle-ci doit se manifester chez les divers individus qui présentent la même disposition organique. Ainsi, chez les enfans, chez les frères de notre malade, il y avait la même conformation que chez leurs grands parens, et la même affection du cœur en a été la conséquence.

Certaines formes du thorax, gênent plus ou moins, soit les mouvemens d'inspiration et d'expiration, soit le phénomène très-compliqué de l'expectoration, soit enfin l'hématose elle-même, et disposent ainsi à la phthisie pulmonaire. Puisqu'il est vrai que des conformations anormales peuvent se transmettre d'une génération à une autre, il en résulte que la pneumopathie tuberculeuse peut ainsi avoir lieu de père en fils dans une famille. Ce ne serait pas ici d'une manière directe, et par suite de la transmission d'un vice spécial d'un individu à un

autre, que se communiquerait cette maladie, mais bien par suite d'une similitude de conformation organique qui entraînerait à des conséquences du même genre.

Resterait à déterminer s'il existe des maladies héréditaires qui puissent se communiquer directement, et quelle est la proportion des sujets chez lesquels il faudrait accuser l'hérédité de les avoir produites, et de ceux qui seraient dans le cas contraire. Cette question a déjà été abordée dans ma thèse du concours de 1832. (Voyez *Clinique Médicale*).

P. A. Piorry.

Etudes cliniques sur la kératite scrophuleuse; par Ch. J. Carron du Villards, chirurgien du dispensaire ophthalmique.

Au milieu d'une population nécessiteuse, mal nourrie, plus mal logée encore, la maladie scrofuleuse a une influence malheureusement assez grande, pour compliquer ou modifier la plupart des maladies régnantes chez les classes peu fortunées.

L'œil, plus que tout autre organe, reçoit de l'affection scrofuleuse des élémens morbides qui se révèlent dès la plus tendre enfance, et persistent souvent jusque dans un âge avancé. Pour peu que l'on ait fréquenté les hôpitaux de Paris, et surtout ce vaste réceptacle que l'on nomme l'*Enfant-Jésus*, il est facile de se convaincre de ce que je viens d'avancer.

Je n'ai point l'intention de faire ici l'histoire des affections scrofuleuses de l'œil en général, mais je veux groupper quelques faits relatifs à quelques-unes de ces affections en particulier, et les considérer séparément. Chacune d'elle aura un article spécial. Je commencerai aujourd'hui par celle qui est la plus fréquente : c'est l'inflammation de la cornée, connue sous le nom de cornéite, que lui donna le célèbre Wardrop, et qu'il décrivit avec un soin extrême; mais à laquelle il ne rattacha que les phénomènes inflammatoires simples, ou ceux produits par la petite-vérole, ou par des causes traumatiques.

Aujourd'hui, nous nous occuperons seulement de la kératite scrofuleuse, affection d'autant plus importante à étudier, qu'elle est plus fréquente et plus rebelle.

Nous préférons lui donner le nom de kératite, parce qu'il est plus facile à prononcer, et que la racine grecque, dont il a été extrait, est la même qui a donné son nom au mot latin cornea.

Je ne m'attacherai point à examiner ici jusqu'à quel point Ammon a des raisons suffisantes pour nommer cette maladie inflammation de l'arc ciliaire (orbiculus ciliaris) cela me jeterait dans des considérations nosologiques en dehors de notre étude clinique; je reprendrai cette question en d'autres lieux.

Pendant longtemps, on a cru que l'inflammation scrofuleuse de la cornée, n'était que le partage de la première enfance, ou de l'excessive jeunesse : les faits viennent chaque jour démontrer l'inexactitude de ces assertions; car l'on rencontre des kératites strumeuses à tout âge, et même dans un âge assez avancé, j'en ai vu chez des sujets de 25, 35, 45 et 60 ans. Guthrie en a rapporté des exemples fort remarquables sur des hommes de 40 ans.

Il y a quelques jours à peine, que s'est présenté au dispensaire ophthalmique, où il a été inscrit sous le n° 740, un cordonnier, âgé de 65 ans, et affecté de kératite scrofuleuse, avec ramollissement partiel.

Mais tous les adultes que j'ai observés, ainsi que les individus, vus par Guthrie et Forriep, hâtons-nous de le dire, portaient les indices pathognomoniques d'un tempérament scrofuleux très-prononcé, et plusieurs d'entre eux en offraient les stygmates indélébiles, comme on pourra le voir dans les observations qui accompagnent ce travail.

Pour être conséquent avec l'observation et les faits, il faut reconnaître cependant que la kératite strumeuse, est tellement plus fréquente sur les enfans en bas âge, et surtout sur les jeunes filles de 3 à 15 ans, qu'il ne peut pas y avoir de proportion à établir.

Il serait de même hors de propos de faire l'étiologie générale de l'affection scrofuleuse. Quel est aujourd'hui le praticien qui n'a pas lu les travaux d'Alibert, de Le Pelletier et autres. Quel est le jeune médecin qui ne reconnaît pas à la première vue le triste ensemble qu'amène la prédominance du système lymphatique ?

Je passe donc aux phénomènes locaux. Il n'est pas très-commun de pouvoir observer la maladie à son début, parce que, commençant toujours comme une inflammation ordinaire, on ne la considère que comme une légère rougeur, une conjonctivite ou une petite ophthalmie bénigne, si fréquentes chez les enfans.

D'un autre côté, la misère, le besoin, engendrent l'incurie, l'indifférence, et la plupart des enfans indigens, ne sont conduits auprès des hommes de l'art, que lorsque la maladie est assez avancée. Quand on a vu un grand nombre d'affections oculaires, on sait que quelquefois la kératite strumeuse est primitive, car, dans les cas dont nous venons de parler, elle est toujours consécutive à la conjonctivite.

Dans les deux cas, la maladie débute souvent spontanément, sans douleur, sans chaleur; à peine le malade éprouve-t-il une difficulté inaccoutumée de supporter la lumière naturelle ou artificielle: dans quelques cas, chez les enfans surtout, qui ont été primitivement affectés de gourme ou de fièvres exanthématiques, cette intolérance de la lumière, dégénère en véritable photophobie. Lorsque les deux yeux sont atteints, les malades marchent la tête baissée; mais lorsqu'un seul œil est pris, ils portent la tête de travers et obliquement présentée à la lumière, afin de réparer l'œil malade des rayons qui le fatiguent, et de pouvoir se conduire avec l'œil sain.

Pour peu que cet état dure, le malade est atteint de douleurs pongitives dans le globe de l'œil; la photopho-

bie augmente, au point qu'il est difficile d'obtenir la permission et même la possibilité d'examiner l'organe affecté. Il est des circonstances où la maladie débute par des douleurs assez vives dans la partie antérieure de l'œil, avant que l'on ait observé aucun symptôme de photophobie.

Au reste, de quelque nature qu'aient été les symptômes précurseurs de la kératite, dès qu'ils se prolongent, on observe dans l'œil les modifications suivantes : La sclérotique commence à prendre une légère teinte rosée, produite par l'injection des myriades de vaisseaux microscopiques qui forment l'arc sclérotico-cornéen, symptôme, du reste, qui se présente dans toutes les espèces de kératites, même les traumatiques, et que le germanisme seul le plus absurde voudrait nous imposer comme un symptôme pathognomonique de la kératite strumeuse. Cette injection vasculaire, qui s'étend dans l'espace d'une ligne à une ligne et demie, est en général le précurseur des symptômes obscurcissans qui commencent à se manifester dans la cornée, et dont on explique facilement la promptitude et la fréquence par la texture anatomique de celle-ci. Les obscurcissemens sont en général de trois espèces : les uns sont dus à la conjonctive qui recouvre la cornée ; les autres, à des épanchemens interlamellaires ; d'autres, enfin, à l'inflammation de la membrane de l'humeur aqueuse. Nous les examinerons ci-après séparément. A mesure que cet état se prolonge, il acquiert de la gravité ; les vaisseaux précornéens s'injectent de plus en plus ; le malade est en proie à des douleurs assez vives, ayant leur siége dans la partie antérieure du globe de l'œil, dans le front et le grand angle de l'œil. A cette période, la glande lacrymale, partageant la sur-excitation de l'œil, sécrète des larmes abondantes et très-âcres ; les malades sont atteints de blepharospasme tel, que non-seulement le chirurgien ne peut le vaincre avec les doigts, mais encore que, lorsque l'on prie les enfans d'ouvrir les yeux, ils les contractent avec plus de force, et, dans leurs efforts, pour vaincre cette contraction musculaire, ils ouvrent la bouche. La vision diminue graduellement, autant du reste par la photophobie que par la perte de la transparence de la cornée, et les malades sont en proie à une fièvre lente avec des exacerbations nocturnes.

Quand la maladie est arrivée à ce point, elle s'est presque toujours communiquée à l'iris qui, se contractant, s'injecte et offre souvent des irrégularités dont on a voulu tirer parti pour le diagnostic, mais que l'expérience des hommes de bonne foi, tel que M. Sanson aîné, a prouvé être parfaitement illusoire. Avant, pendant et après que l'iris est atteint d'inflammation sympathique, ou par continuité de tissus, la membrane de l'humeur aqueuse se prend aussi, on reconnaît ce surcroît de malaise à un obscurcissement de la face interne de la cornée qui est tapissée de petits nuages granulés, tandis que la face externe est souvent complétement lisse.

Il est facile de reconnaître ces différentes espèces d'obscurcissemens, en plaçant le malade dans une lumière convenable, et en suivant surtout les règles que nous avons tracées dans un petit travail récemment publié. Lorsque l'obscurcissement de la cornée est dû à une large érosion de la conjonctive, en plaçant l'œil de biais, l'on reconnaît facilement la perte de substance, qui est à peine sensible quand on regarde de face. L'épanchement, inter-lamellaire, se reconnaît à une foule de petits épanchemens sans érosion de la conjonctive, et qui, en se réunissant, finissent par former des nuages, et après des albugo ; ces petits épanchemens de matières blanches, vus à la loupe, ressemblent à de petites granulations que M. Lepelletier a cru avoir observé le premier, mais que Ware et Wardrop avaient décrites il y a plus de vingt ans, sous le nom de granulations de la cornée (*granular cornea*). Si l'on ne s'occupe pas de traiter l'inflammation de la cornée, ou si la maladie déborde un traitement rationnel, la cornée perdra peu à peu toute sa transparence, au point de ressembler à une glace dépolie. Alors, l'iris et la pupille n'apparaissent plus que dans le vague, comme dans un espace indéfini. Les petites granulations microscopiques s'élèvent peu à peu, deviennent de petites vésicules qui commencent à prendre une teinte de vin ou de coquelicot. Si l'on examine la cornée avec des puissances microscopiques, on aperçoit facilement que cette teinte rouge n'est due qu'à une injection vasculaire très-prononcée, et qui, en persistant, devient enfin appréciable à l'œil nu. Cet état de rougeur vineuse, se transmet forcément à la sclérotique, et l'on y voit un surcroît de développement dans les vaisseaux qui se distinguent très-facilement de ceux de la conjonctive qui est elle-même rougie et sillonnée par des vaisseaux tortueux et plus bleus que ceux de la sclérotique. Ces diverses colorations se forment à mesure que la maladie augmente, ou au fur et à mesure qu'elle devient plus ancienne. Alors, la cornée ne tarde pas à changer de forme, soit en vertu des modifications diverses apportées par les épanchemens ; soit par la formation de ramollissemens complets ou partiels, que nous examinerons plus tard dans ce journal, en parlant des dégénérescences de la cornée. C'est principalement dans la partie antérieure de la cornée, et dans la région de l'arc sclérotico-précornéen que les changemens de forme se montrent les plus évidens. Quand la maladie est légère et récente, la cornée seule revêt une forme légèrement conique ; mais quand le mal est violent et ancien, toute la partie antérieure de l'œil prend une forme conique comme chez les oiseaux du genre Stryx. A un état plus avancé, le développement morbide des vaisseaux précornéens soulève et écarte les fibres de la sclérotique, et forme un bourrelet bleuâtre que l'on nomme staphylôme du corps ciliaire, et que le professeur de Walther a si bien décrit dans son journal.

De toutes les terminaisons de la cornéite strumeuse, la plus fréquente est, sans contredit, l'ulcération simple ou multiple et ses diverses conséquences. Elle est en même temps la plus prompte, et celle dont les résultats sont les plus rapidement funestes, car elle entraîne la déformation de l'iris, la hernie, l'oblitération de la pu-

pille, et enfin l'évacuation des humeurs. Il faut donc suivre avec soin la marche d'une ulcération quelque légère qu'elle soit, afin de couper court à ses progrès, s'ils sont de nature à alarmer ou à compromettre les formes ou les fonctions de l'œil.

Quand on a étudié l'immense relation qui existe entre la cornée, la sclérotique, la choroïde et l'iris, on conçoit combien il est commun de voir la maladie se propager de la cornée aux diverses membranes dont nous venons de parler. J'engage ceux qui n'ont pas une connaissance intime de ces liaisons anatomiques et physiologiques, à consulter le travail de Fraenzel. Par ces relations, s'expliquent facilement la choroïdite secondaire, la photophobie qui l'accompagne dans tous les cas. Il en est de même pour l'iris, soit que l'irritation inflammatoire se transmette par les nerfs communs (*pre-corneo-iriens*), soit qu'elle se propage par la membrane de l'humeur aqueuse, l'iris est bientôt atteint lui-même, et s'il ne l'est pas assez pour produire un véritable iritis scrofuleux (*geinum iritis scrofulus iritis*), l'irritation et le malaise de cette cloison mobile, sont assez grands pour amener des désordres marquans dans ses fonctions.

Tout ce que nous venons de dire se rattache aussi à la sclérotique. Cette membrane, chez l'homme comme chez les animaux, perd de son épaisseur et de sa force à mesure qu'elle vient se joindre à la cornée. Dans cette partie de l'œil (*arc sclérotico-précornéen*), la sclérotique est adossée à un système vasculaire veineux, surtout fort développé, que les congestions de la cornée tendent à rendre plus turgescent. Les efforts de distension portent spécialement dans la région ciliaire. Aussi est-ce vers cette partie que l'on voit apparaître, peu à peu, ces taches bleues, ces amincissemens graduels qui font écarter les larmes fibreuses des tissus scléreux, pour donner passage à des vénules noueuses qui forment en dehors des tumeurs bleuâtres que les ophthalmo-pathologistes nomment staphylôme du corps ciliaire, et que je nomme phlébectasie des veines ciliaires, maladie qui est toujours grave, non-seulement pour l'intégrité des fonctions visuelles, mais qui peut encore amener une dégénérescence assez grave de l'œil pour nécessiter une opération. Il faut se garder cependant de considérer cette affection comme un cancer mélané et porter un jugement en conséquence.

A la même époque, nous fûmes consultés, M. Sanson aîné, pour une jeune fille de Bruxelles, et moi, pour une jeune demoiselle de Paris, pour une phlébectasie des veines ciliaires. Les deux malades avaient été vues toutes deux par M. Dupuytren, et par la plupart des chirurgiens de la capitale : tous avaient diagnostiqué une affection cancéreuse. M. Sanson, convaincu de l'existence d'un staphylôme du corps ciliaire, proposa de vider l'œil, pour empêcher toute dégénérescence ultérieure, et faire jouir la jeune personne des avantages de la prothèse; l'opération réussit à souhait. Je suivis la même méthode, et avec un succès non moins brillant.

Les suites de la kératite strumeuse sont :

1° Le leucôma partiel ou général de la cornée;
2° Le staphylôme de cette membrane;
3° Les diverses ulcérations et ses tissus;
4° L'atrésie de la pupille, suite de la maladie consécutive de l'iris;
5° Le staphylôme de l'iris;
6° La phlébectasie des veines ciliaires.

Ces diverses suites de la kératite strumeuse peuvent rendre le prognostic de cette maladie très-fâcheux, toutes les fois que la maladie n'a pas été traitée à temps, ou lorsqu'elle a résisté au traitement le plus rationnel, ou si elle est compliquée d'une affection spécifique. C'est donc vers le traitement le plus convenable que doivent tendre tous les efforts du praticien, et nous allons examiner ceux qui ont été les plus heureux dans nos mains.

Comme toute affection scrofuleuse aiguë, la kératite strumeuse doit être vigoureusement attaquée par les moyens antiphlogistiques, afin de paralyser les effets de l'inflammation. Chez les adultes, la saignée du pied, souvent répétée, les ventouses scarifiées à la nuque, aux épaules, au col, produisent des effets surprenans. Pour les enfans, l'on est forcé de recourir aux sangsues, placées aux apophyses mastoïdes ou le long de la veine jugulaire. Ces applications doivent être assez fortes et assez répétées, pour arrêter le travail inflammatoire. Borda, Rasori, Scarpa, Tommasini, employaient de nombreuses évacuations sanguines dans le scrofule aigu, et ils ne s'occupaient de modifier la constitution que lorsqu'ils étaient maîtres de l'inflammation. Les scrofuleux supportent beaucoup mieux que l'on ne pense les évacuations sanguines, et c'est à tort qu'un de nos confrères en ophthalmologie, que je ne nommerai qu'en cas de persistance dans cette opinion, croit être l'auteur de la méthode antiphlogistique énergique dans le traitement des ophthalmies scrofuleuses.

Je ne saurais trop m'élever contre la fâcheuse habitude de placer les sangsues dans les pourtours de l'œil; presque toujours leur morsure produit une inflammation, ou tout au moins un œdème traumatique de la peau qui recouvre les paupières. Bien souvent, je fais placer dans l'intérieur de la narine, de ces anelides : deux suffisent souvent pour produire une évacuation sanguine très-abondante. Chez les enfans peu raisonnables, je scarifie l'intérieur des narines, et j'obtiens, par l'ouverture de quelques veinules, une évacuation suffisante, directe qui remplace la saignée du grand angle de l'œil, recommandée par les anciens.

Le temps est arrivé où la médecine de l'homme doit s'appuyer sur la médecine vétérinaire : heureuse idée de Boerrhave, et qui est restée bien longtemps sans être appréciée! Chaque jour, dans les inflammations de l'œil et du cerveau, les médecins vétérinaires saignent dans le nez, et le succès de cette pratique les fortifient dans son emploi.

La saignée des veines nazales intérieures ne peut jamais dégénérer en hémorrhagie, elle s'arrête d'elle-même si on ne provoque pas le flux du sang par des

lotions tièdes, ou l'exposition des narines à la vapeur de l'eau chaude.

Ce moyen est très-convenable pour les enfans irritables, indociles : en les maintenant un moment immobiles, rien n'est plus facile que d'introduire, dans la narine, le scarificateur de Savigny, avec lequel on pratique une petite incision qui ne peut jamais devenir plus profonde que l'on ne veut, quels que soient les mouvemens faits par le petit malade.

Si l'épistaxis artificiel dépassait le but que l'on se propose, rien de plus facile que de le supprimer par de légers astringens, voir même par un tamponnement convenable.

Lorsque le canal intestinal est sain, l'on associe aux évacuations sanguines, les révulsifs sur la muqueuse intestinale. Les purgatifs doux, l'huile de ricin, le sirop de chicorée composée, le calomel à dose fractionnée, uni à l'opium ou au jalap : rarement, je porte le mercure doux assez haut pour provoquer la salivation. Je ne sais si ceux qui se sont si opiniâtrement engoués de la méthode anglaise, qui consiste à donner le calomel à haute dose, ont bien réfléchi aux accidens produits par le ptyalisme mercuriel, chez les enfans, et surtout chez les sujets irritables ; la stomatite ulcéreuse, qui est souvent la suite de la salivation, dégénère souvent en une affection grave, qui mérite les plus grands soins, et surtout la cautérisation des parties ulcérées.

Il n'y a pas longtemps que j'ai soigné, avec mon ami, le docteur Alphonse Robert, une dame atteinte d'iritis rhumatismal, consécutif à l'opération de la cataracte, chez laquelle quelques doses de calomel ont occasionné une véritable et grave phlegmasie de toute la muqueuse buccale.

Arrière moi l'idée de proscrire ce moyen, bien loin de là : dans les cas difficiles et rebelles, c'est une ancre de salut : entre la stomatite mercurielle et ses conséquences, et la perte d'un organe aussi important que l'œil, il n'y a pas à balancer. L'expérience de Ware, Wardrop, Duncamp, Lawrence, Mackensie, serait là pour me démentir dans le cas d'affirmation contraire.

Le mercure employé en frictions, en application sur le front et les tempes, uni à la jusquiame noire ou à la belladone, fournit un puissant moyen secondaire contre la kératite aiguë. A tous ces moyens, l'on peut adjoindre les bains de pieds avec l'eau chaude aiguisée d'acide hydro-chlorique fumant, avec la moutarde, la soude commune ou le savon noir.

Comme on le voit, je n'ai point parlé de collyre, et mon opinion est tout à fait arrêtée. Je crois que dans la période aiguë de la kératite strumeuse, ils nuisent presque toujours en augmentant le blépharospasme et la conjonctivite des paupières.

Si les douleurs sont vives, de légères lotions d'eau tiède, légèrement aiguisée avec le laudanum de Sydenham. Le professeur Scarpa employait avec succès, dans ce cas, l'infusion de safran gatinais, légèrement opiacée et miellée.

Mais il y a loin de ces lotions anodynes à ces collyres astringens, irritans, que l'empirisme le plus aveugle emploie, sans discernement, au grand détriment des malades.

Ce que je dis des collyres, je l'applique à l'usage des vésicatoires, usage qui est presque toujours prématuré, en ce qu'ils produisent un mouvement réactionnaire qui amène presque toujours un accès de fièvre plus ou moins marqué, et partant, une recrudescence de l'affection inflammatoire.

Ces phénomènes sont surtout très-communs chez les enfans, et, dans la plupart des cas, je coupe court à la recrudescence en faisant supprimer la révulsion pratiquée hors de temps.

Pour sentir la conséquence de ces principes, sur lesquels je ne saurais trop insister, je demanderai s'il n'est pas connu de tous les praticiens, que dans le traitement des pneumonies et des pleurésies, les vésicatoires, appliqués inconsidérément, ne produisent pas des accidens assez notables pour nécessiter de nouveau l'emploi des émissions sanguines.

Chez les enfans, les vésicatoires ont un autre inconvénient, c'est de nécessiter des pansemens quotidiens, toujours plus ou moins douloureux, toujours plus ou moins appréhendés par les petits malades, et provoquant une grande abondance d'excrétion de larmes, que je ne sache pas devoir être bien favorable à un organe déjà aussi irrité que l'est l'appareil oculaire dans cette circonstance.

Je parlerai plus bas de mes opinions sur l'époque où la révulsion est convenable, comment j'entends qu'elle soit pratiquée.

Les applications externes, posées immédiatement sur l'œil, les cataplasmes de farine de lin, de pommes de rainette, de fécule de pomme de terre, de purée de fèves, pratique banale, et dont une saine chirurgie oculaire doit faire justice, amènent presque toujours dans l'organe un surcroît de malaise, ils congestionnent les paupières, produisent des engorgemens sanguins, conjectiviens et un état œdémateux de toutes les parties environnantes.

Ceux qui révoquent en doute les griefs des inconvéniens que je reproche à cette pratique de *bonne femme*, et que tant de médecins emploient encore aujourd'hui d'une manière traditionnelle : j'engagerai les incrédules à placer un des cataplasmes sus mentionnés, sur leur œil parfaitement sain, pendant vingt-quatre heures, et à examiner avec soin les phénomènes physiques qui succéderont à cette application. Dans les cas où l'œil et ses annexes sont très-douloureux, on peut employer des fomentations tièdes d'eau distillée de laurier-cerise, de feuilles de pêchers, d'amandes amères et de jusquiame.

Comme nous l'avons dit plus haut, la kératite peut tenir à des causes spécifiques qui viennent se joindre à l'état habituel et strumeux.

La complication la plus fréquente, est, sans contredit, la syphilitique à laquelle se rattachent des symptômes particuliers que nous énumérerons avec soin, en traitant des maladies syphilitiques de l'œil.

Lorsque l'on a combattu suffisamment les phénomènes inflammatoires, il faut toujours s'attaquer aux cau-

ses occasionnelles, et chercher à modifier, par un traitement convenable, la prédominance du système lymphatique.

Dans le siècle où nous vivons, où l'on a proclamé, avec tant d'emphase, l'action anti-scrofuleuse de tant de médicamens ; où le charlatanisme et la vénalité exploitent si honteusement des arcanes, le praticien de bonne foi est souvent effrayé de l'insuffisance des moyens si vantés et de l'impudence de ceux qui les exploitent.

Il serait presque tenté de se demander : y a-t-il vraiment un traitement anti-scrofuleux ?

Il y a loin cependant de ce doute philosophique à l'aveugle croyance de ceux qui bourrent les malades de remèdes, et pensent modifier ainsi leur tempérament, comme si l'on modifiait un agent chimique par un autre.

C'est à cette époque de la maladie, qu'une révulsion bien entendue seconde parfaitement les efforts du praticien. Ici, presque toujours, l'emploi des vésicatoires est sans inconvénient pour les adultes : mais chez les enfans, je persiste dans l'opinion précédemment émise sur leur emploi.

Je préfère les deux moyens suivans :

Chez les enfans de un an à quinze mois, je fais raser la partie supérieure du cuir chevelu, et j'y fais pratiquer partiellement des frictions avec la pommade stibiée légère, ce qui ne tarde point à faire paraître une éruption salutaire, dont les effets sont très-marqués, en ce qu'ils ressemblent davantage aux éruptions naturelles, dont la plupart des enfans lymphatiques sont ordinairement en proie, et dont la suppression coïncide presque toujours avec l'existence de l'affection oculaire.

Cette éruption artificielle quoique douloureuse, n'emporte pas avec elle ces phénomènes d'irritation que j'ai signalés, et l'on n'a point besoin des pansemens quotidiens dont j'ai signalé les inconvéniens.

Pour les petits enfans, je me borne à faire faire derrière les oreilles des onctions avec la pommade de Lausanne, qui provoque toujours une irritation locale plus que suffisante pour produire l'effet désiré.

Pour échapper à ce double écueil, il reste heureusement la voie de l'expérience, et celle-ci apprend qu'il faut plutôt compter sur la généralité d'un traitement modificateur que sur des agens spéciaux. Ainsi, à l'exemple de l'immortel père de la médecine, il faut considérer l'air, l'eau, l'habitation, les vêtemens, la nourriture générale.

Ainsi, je vois chaque jour des enfans portant tous les caractères du scrofule le plus prononcé, guérir par un changement de nourriture bien entendu.

J'ai vu un grand nombre de sujets anglais, atteints d'engorgemens cervicaux, si communs dans la brumeuse Angleterre, guérir spontanément par une habitation de quelques mois ou de quelques années dans les îles de l'Archipel Ionien, ou sur les plages chaudes et réfractaires de Malte. On nous objectera que ne change pas de climat qui veut ; mais je me borne à citer des faits.

Il nous arrive souvent de produire, chez les enfans scrofuleux, appartenant à la classe indigente, des effets curatifs, par l'usage seul des viandes de mouton fortement salées.

Loin de moi l'idée de rejeter l'iode, l'hydro-chlorate de baryte, les sels mercuriels, comme d'importans modificateurs de la prédominence lymphatique, bien loin de là, je les emploie souvent avec fruit en les associant à un régime convenable.

C'est lorsque l'estomac est sain, que l'on peut surtout compter sur eux et que l'on doit graduellement augmenter leur dose, afin de ne pas produire des accidens que l'on est si porté à attribuer à certains médicamens, tandis qu'ils ne sont, dans la vérité du fait, que le résultat de l'inconséquence avec laquelle on les administre.

Je renvoie donc, pour cela, aux ouvrages qui traitent de l'affection scrophuleuse.

Je me bornerai à dire que, pour les enfans, j'emploie, avec le plus grand succès, le sirop de Belet, pris par cuillerée à café, le matin et le soir.

Il est un autre médicament excessivement commode pour les malades du premier âge, c'est le biscuit mercuriel du docteur Ollivier.

Tout en déplorant les motifs qui engagent ce médecin à tenir secrète la formule de sa préparation, j'affirme que c'est un excellent moyen, et qu'il ne manquera à la réputation de leur inventeur, que de rendre la formule publique : espérons que cette époque ne sera pas éloignée.

J'associe à ces moyens, l'usage des bains animaux, la tisane de brou de noix, chez les individus assez raisonnables pour la boire sans répugnance.

Il me reste maintenant à dire quelques mots du traitement local de la maladie.

La chirurgie ne fournit, dans ces cas, d'auxiliaire que lorsqu'il s'agit de réprimer les accidens de végétation ou d'ulcération, résultant de l'inflammation.

Comme je l'ai dit plus haut, l'ulcération est une des terminaisons la plus fréquente et la plus dangereuse de la kératite strumeuse, il faut promptement la réprimer.

Et si l'on attend pour cela d'avoir arrêté les phénomènes inflammatoires occasionnels, l'on court grand risque d'avoir une perforation avec toutes ses conséquences.

L'expérience de notre illustre maître, le professeur Scarpa, nous l'avait appris, et ses succès l'ont confirmé à ses élèves, qu'une cautérisation convenablement pratiquée avec le nitrate d'argent fondu, était le moyen le plus convenable pour borner les progrès ulcérans du mal ; je dis convenablement pratiquée, car je vois chaque jour des accidens produits par des cautérisations peu convenablement faites.

La première condition est d'avoir reconnu la forme et la profondeur de la solution de continuité, afin de tailler le nitrate d'argent d'une manière propre à embrasser d'un seul coup toute l'ulcération.

Ensuite, il s'agit de borner l'action du caustique par une injection d'eau tiède, pratiquée immédiatement.

Souvent, toutes les lames de la cornée sont érodées, et l'humeur aqueuse n'est plus retenue que par sa capsule propre, qui forme une petite hernie transparente

au centre de l'ulcération grisâtre que l'on veut cautériser.

Rien ne serait plus facile que de briser cette digue propice qui s'oppose à l'écoulement de l'humeur aqueuse et à l'engagement de l'iris dans la solution de continuité, si l'on se servait, dans ce cas, d'un crayon de nitrate d'argent fondu.

Pour éviter un pareil inconvénient il faut employer un petit pinceau à miniature, imbibé de salive et que l'on promène à plusieurs reprises sur le nitrate d'argent et au moyen duquel on obtient un caustique suffisant pour attaquer l'ulcération dans tout son pourtour, sans exercer un refoulement dangereux.

Quand la maladie est arrivée à une époque assez chronique pour ne point laisser espérer la disparution des vaisseaux variqueux qui forment l'arc cornéo-conjonctivien, il faut aussi porter sur eux une cautérisation convenable, et dans ce cas, je ne saurais trop recommander l'usage de l'instrument inventé pour cet objet par notre savant et honorable ami le docteur Sanson aîné.

Il est bien peu de kératites scrofuleuses, tant soit peu aiguë qui n'entraînent après elles de légers épanchemens interlamellaires ou sous conjonctiviens, connus sous le nom vulgaire de nuage ou de taie sur la cornée.

Cette terminaison fréquente est sans danger, souvent sans obstacle pour la vision; mais ces avantages tout réels qu'ils sont, ne sont que trop souvent rachetés par l'opiniâtreté avec laquelle ils résistent aux traitemens les plus convenables.

Ce n'est souvent qu'avec une patience extrême et par une série de moyens échelonnés que l'on parvient à faire disparaître ces obscurcissemens partiels. Souvent le praticien est forcé de recourir à une méthode empirique, et il me souvient qu'à une époque qui n'est pas très-éloignée, les malades se pressaient en foule pour venir réclamer les soins de M. Dupuytren, qui employait dans presque tous les cas les insuflations de calomel et de sucre candi.

Si j'ai constaté un grand nombre de guérisons par ce moyen, j'ai pu aussi me convaincre que dans bien des circonstances il ramenait des accidens inflammatoires qui n'étaient pas suffisamment éteints.

C'est donc dans l'appréciation exacte de l'état de l'œil et des phénomènes que produisent les remèdes résolutifs que réside tout le secret de la guérison des épanchemens cornéens. Ainsi le laudanum, les collyres secs, les huiles de noix anciennes, la teinture de cantharides (1), l'huile de grillon; celle de foie de morue doivent être employés avec des précautions en rapport avec la sensibilité de l'individu et la susceptibilité de son organe.

Quant aux staphylômes de la cornée et aux procidences de l'iris, accidens communs à toutes les espèces de kératites, ils formeront un article spécial qui sera aussi inséré dans ce journal.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) Carron du Villards, *Recherches pratiques sur l'opération de la cataracte*, p. 230.

Choix d'une nourrice; par M. le docteur Maigne, médecin du collége royal de Saint-Louis (1).

(Analyse.)

Les faits, leur interprétation; telle est la maxime fondamentale que nous nous sommes proposée, et qui doit guider le médecin dans le cours de ses travaux; telle est aussi celle qu'a suivie M. le docteur Maigne dans l'ouvrage qu'il vient de publier sur le choix d'une nourrice. Pour traiter convenablement un pareil sujet, l'auteur devait s'appuyer sur des faits nombreux, recueillis avec ordre, et sainement envisagés. Car, ainsi que le dit M. Maigne dans son avant-propos, les sciences ne vivent que de faits, et ne s'agrandissent que par eux; mais, pour qu'elles puissent en tirer avantage, il faut que ces faits aient été bien observés, et qu'ils soient heureusement groupés; alors seulement un raisonnement rigoureux peut en déduire des théories certaines, faites pour servir de règle aux praticiens.

Favorisé par les circonstances au milieu desquelles il s'est trouvé placé, M. Maigne a pu réunir sur le sujet qu'il traite des observations multipliées; il les a rapprochées, et cette comparaison lui a permis de tracer avec certitude les préceptes que l'on doit suivre dans le choix d'une nourrice. Est-il en effet un guide plus parfait que l'expérience éclairée par le raisonnement?

Le sujet sur lequel a écrit M. Maigne se recommande au public, non-seulement par la manière dont il est traité, mais aussi par son importance, trop méconnue peut-être jusqu'à nos jours. Il n'est pas rare en effet de rencontrer des familles où l'on s'occupe du choix d'une nourrice avec la même indifférence que s'il s'agissait de l'acte le plus ordinaire. Qu'une femme se présente avec certaine apparence qui prévienne en sa faveur, si elle plaît aux parens, on ne va pas plus loin; on n'examine pas même si elle convient à l'enfant qu'elle doit allaiter. C'est du lait que doit sucer le nourrisson; que ce lait soit pris sur une femme ou sur une autre, peu importe, c'est toujours du lait. Ainsi raisonnent beaucoup de personnes, qui en cela commettent une erreur grossière. En effet, si la sécrétion du lait, envisagée d'une manière générale, offre des caractères communs, chaque femme apporte néanmoins dans sa composition les élémens qui sont propres à sa constitution particulière. Il n'est donc pas étonnant que d'une femme à une autre il y ait des différences dans l'humeur laiteuse, et que l'état du nourrisson varie avec celui de la nourrice. Ces courtes réflexions suffisent pour faire apprécier avec quelle réserve on doit procéder, lorsqu'il s'agit de choisir une nourrice; car, si elle est bonne, l'enfant vien-

(1) Un vol. in-8, chez Crochard, libraire, place de l'École de Médecine, 13.

dra bien ; si elle est mauvaise, il périclitera, et toute sa vie peut-être il ressentira l'influence fâcheuse de sa première alimentation.

Aussi, pour ne point commettre de méprises, lorsqu'une nourrice se présentera, l'on devra d'abord s'assurer de son âge ; on examinera l'état de ses mamelles, l'âge et la quantité de son lait, sa constitution, son tempérament, les diverses causes à l'action desquelles elle peut, en raison de sa position particulière, se trouver soumise, et qui peuvent influer en bien ou en mal sur la sécrétion du lait ; on prendra des informations sur l'état de ses parens, sur celui de ses enfans, lorsqu'elle en a déjà. Tels sont les points les plus saillans sur lesquels doit se fixer l'attention des personnes qui choisissent une nourrice. Enoncés rapidement dans notre analyse, ils sont traités dans l'ouvrage de M. Maigne avec tous les développemens convenables, et avec une clarté qui ne laisse rien à désirer.

Ce livre, écrit sur un sujet qui n'avait pas encore été traité, réunit de nombreux élémens de succès. Par son titre il intéresse tout le monde : il sera utile aux chefs de famille qui ne voudront pas se priver des excellens conseils qu'il renferme, il ne le sera pas moins aux praticiens qui peuvent être appelés à donner leurs avis dans les familles, et qui y trouveront de précieuses indications.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

MARS 1836.

Matériaux pour l'histoire de la sécrétion de la membrane interne vasculaire.

» La phlébite domine toute la pathologie. »
(Cruveilhier, *Anat. path.*)

Il me semble que la science ne possède pas actuellement une histoire satisfaisante de la sécrétion de la membrane interne vasculaire. Les travaux des anatomistes sur la structure de cette membrane les ont engagés à reconnaître l'identité de nature qui existe entre la membrane vasculaire interne et les membranes séreuses ; et malgré cette assimilation, la sécrétion de la membrane interne vasculaire, admise très-superficiellement par les auteurs d'anatomie générale, n'est pas traitée d'après les faits pathologiques qui démontrent son existence. Si je ne craignais d'alarmer la susceptibilité de quelques écrivains, je citerais les noms de ceux appelés à la composition de ce travail. Mon but en réunissant quelques notions sur la sécrétion de la membrane interne vasculaire, est de solliciter de nouvelles recherches, et de hâter la rédaction d'un chapitre qui manque à l'anatomie générale et à l'anatomie pathologique.

Bichat, si soigneux dans l'observation des phénomènes de la vie, doute que la membrane commune au sang rouge soit susceptible de sécrétion. Il dit (Anatomie générale) : « La surface interne de cette membrane » est *humectée sur le cadavre* par un fluide onctueux qu'on » trouve en plus ou moins grande quantité. Ce fluide » existe-t-il sur le vivant? sert-il ? etc., etc. Il est diffi- » cile de le déterminer..... il se pourrait que ce fluide » fût ou purement dû à une transsudation cadavéri- » que.... ou le résultat d'un peu de sérosité restée dans » les artères après l'expulsion du sang.... Il paraît donc » que c'est la membrane elle-même, *et non un fluide* » *qui s'en échappe*, qui sert à garantir l'artère; elle » ne peut, sous ce point de vue, être considérée par » rapport au sang que comme une espèce d'épiderme. »

Relativement à la membrane commune au sang noir, il dit encore (*ibid.*) : « Il paraît qu'il ne se fait aucune » exhalation à la surface interne des veines. Cette sur- » face est bien *constamment humide sur le cadavre*, » *même quoique les vaisseaux soient vides ;* mais j'at- » tribue ce phénomène, comme dans les artères, à une transsudation survenue après la mort. »

Je ne pense pas qu'il faille, d'après Bichat, conserver la division de la membrane interne vasculaire en membrane commune au sang rouge et membrane commune au sang noir, pour constater la sécrétion de cette membrane, et les divers phénomènes pathologiques qui se rattachent à la diminution ou à l'augmentation de la sérosité vasculaire.

D'ailleurs les faits que la science possède aujourd'hui sur cette sécrétion sont trop positifs pour que les preuves alléguées contre son existence soient bien plus difficiles à trouver que celles propres à la confirmer.

Je ne m'arrêterai donc pas à combattre les argumens de Bichat contre la sécrétion de la membrane interne vasculaire. Car du moment qu'il constate la présence de la sérosité dans l'une et dans l'autre membrane propres aux deux sangs, quel dommage y a-t-il à vérifier si cette sécrétion est l'effet de la vie, et si au contraire elle ne donne pas l'explication de quelque phénomènes pathologiques?

Bien qu'on assimile la membrane interne vasculaire aux membranes séreuses, et que la membrane interne vasculaire et les membranes séreuses soient identiques quant à leur nature, je n'ai pas encore trouvé quelques données sur les suites de la fluxion sanguine de cette membrane. Cependant l'observation apprend qu'il est des maladies qui attaquent des systèmes complets. Les pathologistes ont bien reconnu et distingué toutes les lésions organiques des vaisseaux, comme leur dilatation, rétrécissement, oblitération, etc., etc.; mais quand ils traitent le chapitre *artérite*, ils ne s'appliquent pas à découvrir la conduite de la membrane interne vasculaire soumise à une fluxion sanguine.

Quelques faits pathologiques que je vais exposer établiront d'une manière définitive le rôle de la membrane interne vasculaire comme organe sécréteur, et les inductions que l'on peut tirer de l'inspection de la sérosité dans le sang : 1° par son mélange avec la couenne inflammatoire ; 2° par sa petite quantité ; 3° par son abondance ; 4° par son altération.

1° Mélange de la sérosité vasculaire avec la couenne inflammatoire.

La membrane interne vasculaire, considérée comme organe sécréteur, est sujette, comme les membranes séreuses avec lesquelles elle a le plus d'analogie, à une production de matière plastique qui a reçu le nom de couenne. Cette production, qui tantôt circule librement avec le sang, comme dans les grandes inflammations des parenchymes, et tantôt reste adhérente aux parois vasculaires qui l'ont sécrétée, comme dans les inflammations circonscrites des vaisseaux, la couenne, considérée sous ces deux aspects, avait été signalée par M. Ratier comme étant identique. Il dit dans sa thèse (1819) : « La grande analogie qui existait entre la

» couenne et celle que je trouvai tapissant l'intérieur d'un anévrisme volumineux de la crosse de » l'aorte, etc. »

La couenne, si bien reconnue dans les diverses maladies qui la produisent, si bien appréciée quant à sa nature, n'a pas encore reçu par les auteurs le nom de l'organe qui la produit. Mais les conditions dans lesquelles la couenne se rencontre dans le sang, l'intérieur des gros vaisseaux ou des cavités du cœur enduit d'une couche couenneuse, la présence de la couenne dans le sang aussi durable que la persistance de l'inflammation, tout démontre que la couenne est sécrétée par la membrane interne vasculaire enflammée, à l'état concret ou gélatineux dans la continuité des gros vaisseaux, et à l'état oléagineux dans le réseau capillaire plongé dans le parenchyme des organes. Une saignée faite au début d'une pneumonie, d'un rhumatisme articulaire, etc., ne donnera souvent aucune production couenneuse ; mais si une seconde, une troisième saignée sont jugées nécessaires, douze ou vingt-quatre heures après les premières, alors la couenne est d'autant plus abondante, plus épaisse, que l'inflammation a eu plus de loisir de s'établir, et par conséquent de modifier la sécrétion de la membrane interne vasculaire.

Y aurait-il une grande erreur à attribuer au transport de la couenne inflammatoire dans tout l'organisme, le développement de ces inflammations multiples que quelques auteurs expliquent par l'absorption du pus, ou par une diathèse inflammatoire ?

« M. Ratier (*ibid*) propose d'établir en thèse générale, qu'étrangère à l'état de santé parfaite, la » couenne inflammatoire se lie à la pléthore sanguine » avec une disposition prochaine aux phlegmasies. » Je pense au contraire que la couenne ayant pour origine l'irritation de la membrane interne vasculaire, la première ne saurait exister sans la seconde ; que la présence de la couenne dans une saignée devient la source d'indications thérapeutiques importantes, et qu'elle révèle des inflammations latentes, lorsque d'ailleurs les symptômes locaux ne se trahissent pas suffisamment. Cette proposition est un axiôme pour moi, appuyé sur l'inspection de cinq à six mille saignées pratiquées par moi-même, et étudiées douze ou vingt-quatre heures après l'émission du sang.

2° Diminution de la sérosité dans le sang.

De même que dans les membranes séreuses le premier effet de l'inflammation locale dans les artères et dans les veines est de suspendre la sécrétion de la membrane interne vasculaire, et de déterminer dans ces deux ordres de vaisseaux des coagulums qui, par la suite, interceptent le cours du sang (Cruveilhier, *Anat. path.*): mais la sérosité vasculaire est aussi sensiblement diminuée dans toute la masse du sang, chez les individus disposés aux grandes inflammations, ou atteints de fièvre inflammatoire. Les saignées faites dans ces circonstances donnent un caillot privé de sérosité. Les malades remarquent eux mêmes que *leur sang est épais, qu'il manque d'eau.*

Il y a douze ans environ, lorsque j'étais attaché aux hôpitaux militaires de la Corse, j'étais étonné de la disparition presque complète de la sérosité vasculaire dans les saignées prophylactiques, que je faisais aux soldats nouvellement débarqués dans l'île, et qui se trouvaient bientôt pris de la fièvre angioténique.

On remarque journellement que les diarrhées chroniques, les drastiques employés avec opiniâtreté, diminuent la sécrétion vasculaire, et que c'est pour arriver à ce résultat que ces moyens énergiques sont employés journellement pour évacuer la sérosité abondante du sang dans l'anévrysme passif du cœur, ou dans les hydropisies qui reconnaissent l'altération du cœur ou des gros vaisseaux.

3° Augmentation de la sérosité dans le sang.

Indépendamment des faits pathologiques qui prouvent une moindre sécrétion de la membrane interne vasculaire, il existe aussi d'autres faits qui démontrent que la sérosité vasculaire est sécrétée en plus grande quantité que n'exige la santé. Dans ces derniers exemples, cette sécrétion devient catarrhale, et réclame un traitement spécial.

Il serait difficile sans doute d'établir convenablement la proportion physiologique de la sérosité vasculaire relativement à la masse fibrineuse du sang. Cependant quand on a pratiqué un grand nombre de saignées, et qu'on compare les saignées obtenues dans les différentes maladies où elles ont été jugées nécessaires, il est certain qu'on est étonné du peu de sérosité que donnera une saignée faite au début d'une fièvre inflammatoire, comparativement à la sérosité abondante d'une saignée faite pour combattre quelques symptômes de l'anévrysme passif du cœur.

Les médecins qui sont appelés à soigner des inflammations chez les individus adonnés à l'ivresse, doivent reconnaître après les saignées qu'ils leur pratiquent, que la masse fibrineuse nage au milieu d'une sérosité abondante. On acquiert, par cette inspection, la certitude qu'il n'existe aucun rapport entre la circulation générale et la turgescence faciale de ces malades. Pour m'expliquer la quantité de sérum du sang des ivrognes, j'ai pensé que les vaisseaux, obligés de charrier journellement de l'alcool en plus ou moins grande abondance, éprouvaient, dans la continuité de leur membrane interne, une excitation qui augmentait la sécrétion de la séreuse vasculaire.

Dans les ouvertures du crâne des personnes mortes du typhus on remarque une abondance notable de la sérosité dans les veines encéphaliques. Dans ces cas pathologiques, les collections séreuses sont fréquentes dans les ventricules du cerveau ; et la lecture du traité des maladies des artères et des veines de Hodgson, enrichi de notes savantes de M. Breschet, apprend aussi que dans presque toutes les observations des inflammations artérielles et veineuses, il y avait un épanchement de sérosité dans le péritoine ou dans les plèvres.

Dans le Dictionnaire de médecine, 2e édition (Artères, inflam. des artères), on lit : « Quant à la forme d'ar» térite aiguë, qui ne cause pas l'oblitération du vais» seau, maladie niée par quelques-uns, regardée comme

» très-commune par les autres..... et qui se reconnaît » par la douleur sur le trajet du vaisseau, et par un » bruissement..... M. Gendrin affirme que *l'artérite » détermine constamment une altération notable du » sang.* Celui qu'on retire par les saignées, analysé » par M. Lecanu, *renfermait beaucoup moins de ma- » tière colorante* que dans l'état habituel; en sorte » qu'en passant à l'état chronique, l'artérite *pourrait » occasionner la chlorose.* »

Sans admettre d'emblée que l'artérite chronique puisse produire un résultat aussi fâcheux sur l'hématode, il faut noter ici une cause puissante du catarrhe de la membrane interne vasculaire.

Dans le procès-verbal d'autopsie du corps de Dupuytren, après avoir décrit l'état pathologique de la veine cave inférieure et de quelques autres vaisseaux, on lit (si ma mémoire est fidèle) : que *le sang contenu dans ces vaisseaux était liquide, séreux.* Ainsi donc les mots artérite et phlébite ne doivent pas comprendre seulement les productions couenneuses ou purulentes qu'on rencontre dans l'intérieur des vaisseaux artériels et veineux, mais encore la présence d'une plus grande quantité de sérosité dans le sang, résultant de l'activité sécrétoire de la membrane interne vasculaire. Car l'état catarrhal de la membrane interne vasculaire est quelquefois la suite d'une suppuration établie sur sa surface. M. le professeur Cruveilhier, dans son Anatomie pathologique (phlébite et abcès viscéraux), en parlant de l'ouverture d'une veine remplie de pus, ajoute : « la suppuration continua une quinzaine de » jours; plusieurs fois le pus s'accumula dans la veine » par suite de l'oblitération de la petite ouverture que » j'avais faite; au pus succéda une sérosité limpide, » précurseur..... »

N'y a-t-il pas catarrhe de la membrane interne vasculaire dans ces constitutions maigres, pâles, où la saignée fournit une proportion très-considérable de sérosité, et un coagulum très-minime, et chez lesquelles le fer est d'un grand secours?

Enfin une maladie qui seule donne le double phénomène de la disparition et du retour de la sécrétion vasculaire, mettra dans tout son jour la fonction sécrétoire de la membrane interne des vaisseaux sanguins.

De toutes les suspensions de fonctions produites par le choléra-morbus, il en est une qui devait exciter au plus haut degré l'étonnement des physiologistes et des pathologistes, je veux parler de la suspension de la sécrétion de la membrane interne vasculaire. Le résultat matériel a été observé sans doute, mais son mécanisme n'a pas été démontré, ou du moins j'ignore si quelque auteur en a parlé. On a bien écrit : « Le sang » est manifestement plus noir, et a un éclat brillant » qui ne lui est pas habituel; *pris en masses grume- » leuses* ou en *polypes* dans les cavités droites et les » grosses veines, il est *plus épais, plus visqueux,* assez » *semblable à du raisiné;* il *paraît moins riche en » sérosité.* » (Dict. de méd., 2e édit., art. Choléra épidém.)

Moi-même et les autres médecins qui, dominés par les idées diverses émises sur la nature du choléra, ont voulu saigner dans la période algide, n'ont obtenu que quelques caillots vermiformes, malgré l'étendue donnée à la section de la veine et la durée du massage exercé sur toute la longueur de l'avant-bras. Nul doute que le sang était interrompu dans sa course, et que, solidifié en quelque sorte, il était soustrait aux lois des liquides.

Mais quand la période de réaction s'établissait, qui pouvait de suite donner la liquéfaction au sang? pourquoi le pouls, perceptible au cœur, ne s'étendait-il pas progressivement? N'est-ce pas que sous l'influence du retour de la chaleur les sécrétions reprenaient leurs mouvemens, qu'alors la sécrétion de la membrane vasculaire délayait des caillots contenus dans son intérieur, les liquéfiait, y permettait de nouveau le transport du sang d'un système dans l'autre? Aussi la lubréfaction de l'intérieur des artères, jointe à la liquéfaction rapide du sang veineux, donnait au cours du sang une action tellement soudaine, que le cœur lançait le sang dans les artères comme dans le vide, et le faisait parvenir à la tête avec tant de violence qu'il fallait en modérer souvent l'impulsion par une abondante saignée.

C'est encore par l'office de la sécrétion de la membrane interne vasculaire qu'on peut proposer l'explication d'un phénomène étudié par un célèbre professeur, et c'est avec toute humilité que je me permets de contredire son opinion. M. Cruveilhier, dans ses fascicules d'anatomie pathologique (Maladies de l'utérus), dit : « Aussitôt qu'une portion de veine est enflammée, » toute communication cesse entre cette portion et la » circulation générale, le sang se coagule; je regarde » même la coagulation du sang comme le premier effet » de l'inflammation dans les artères de même que dans » les veines, dans les capillaires de même que dans les » gros vaisseaux. La phlébite se *termine par résolution* » plus souvent qu'on ne l'imagine, et alors *le sang est » résorbé,* le calibre du vaisseau se rétablit.....» Et » plus loin le même professeur ajoute : « *La concrétion » sanguine épaissie d'abord, s'amincit peu à peu, et fi- » nit par disparaître.* »

Pour moi, je l'avoue, j'ai peine à comprendre comment ce caillot qui, par son amincissement journalier, n'est plus maintenu par les parois du vaisseau, peut rester à la même place et ne pas subir un déplacement par l'action de la colonne du sang. Je serais plus tenté de croire que ce caillot est soumis à l'effet de la macération, puisqu'il plonge dans la sérosité que lui fournit le sang et dans celle versée par la membrane vasculaire, et qu'alors il est plutôt délayé qu'absorbé. Du reste l'opinion de M. Cruveilhier vient détruire celle de Bichat : « Il n'y a pas plus d'absorption à la surface interne » des veines que d'exhalation. » (Anatomie générale.)

4° Altération de la sérosité dans le sang.

La membrane interne vasculaire considérée comme organe sécréteur de la couenne inflammatoire, et examinée dans ses diverses phases de suspension, de diminution, d'augmentation de sécrétion, doit encore être envisagée dans les maladies qui modifient quelques qualités du produit sécrété.

Ici se rattachent les colorations variées de la sérosité, offrant tantôt une teinte couleur citrine, verdâtre, plus ou moins trouble, et enfin cette couleur blanchâtre, lactescente, dont quelques exemples sont consignés dans les annales de la science sous le nom de sang blanc, sang laiteux, etc. ROMAIN GERARDIN.

Enfant de trois mois; — Cyanose; — Pneumonie; — Mort; — Autopsie; — Hépatisation des poumons; — Conformation particulière du poumon gauche; — Cœur à un seul ventricule.

Adrienne Hauser, âgée de trois mois, domiciliée dans la commune de Plainpalais, canton de Genève, est venue au monde à terme. Sa mère a porté des vêtemens serrés pendant sa grossesse qui n'en a pas moins été fort heureuse. Au moment de l'accouchement rien n'était prêt; les douleurs du travail furent très-efficaces et l'enfant vint au monde avant que la sage-femme eut fait aucun préparatif: l'enfant qui était énorme cria beaucoup, on lia le cordon, puis on laissa l'enfant qui fut exposé au froid; un moment après les plaintes de cette petite créature attirèrent de nouveau l'attention, on fut étonné de la trouver bleue, toute froide et noyée dans son sang. Il y avait une forte hémorrhagie du cordon, dont la ligature avait échappé; on le lia de nouveau avec soin, on chercha à réchauffer l'enfant, mais pendant plusieurs jours il resta froid et conserva de la cyanose; il avait contracté à cette occasion un catarrhe bronchique et une ophthalmie qui ont duré près de six semaines.

Quoique l'enfant parût se rétablir des accidens qui avaient accompagné sa naissance, on remarquait cependant qu'il se refroidissait très-facilement, et alors la teinte bleue de la peau reparaissait à l'instant et même ne se dissipait jamais entièrement aux pieds. Quoique le catarrhe pulmonaire parût être dissipé, on s'apercevait que cette petite fille conservait de la gêne dans la respiration; elle tétait avec difficulté, avait l'air d'avaler de travers et était ainsi menacée de suffocation; on crut d'abord que cela tenait à l'abondance et à la facilité de l'écoulement du lait de la mère, mais bientôt on ne put plus douter que cela ne tînt à l'enfant lui-même et à l'angoisse qu'il ressentait pendant la déglutition. Les selles étaient toujours mauvaises, verdâtres et mêlées de lait caillé, souvent précédées ou accompagnées de tranchées; ceux qui l'entouraient et qui avaient admiré sa belle venue au moment de sa naissance, trouvaient qu'au lieu de grossir il perdait ses chairs; cependant, lorsque M. le docteur Panchaud le vit pour la première fois, il le trouva avec l'apparence ordinaire que peut avoir un enfant de cet âge.

Il fut consulté pour cet enfant le 13 février 1834. Depuis six jours il toussait beaucoup et refusait de téter; il le trouva ayant la figure très-rouge, les lèvres légèrement violacées, la peau généralement chaude, la respiration très-courte, très-gênée, accompagnée d'un râle muqueux très-prononcé; à la vue les deux côtés de la poitrine paraissaient se dilater également, le pouls était tellement fréquent qu'il était impossible de l'apprécier, l'enfant ne toussait plus parce qu'il paraissait ne pouvoir plus le faire. Il prescrivit une saignée de deux cuillerées à soupe que l'on fit au moyen d'une sangsue appliquée sur le trajet de la médiane du bras gauche, et fit prendre toutes les heures une cuillerée à café d'une potion composée d'un grain de tartre stibié dans deux onces de véhicule; on devait la continuer aussi longtemps que l'enfant ne vomirait pas, elle fut donnée aussi longtemps qu'il put avaler; le lendemain il vit le malade douze heures après sa première visite, et le trouva froid, tout cyanosé et sans pouls; il ne survécut que peu d'instans.

M. Panchaud avait d'abord cru reconnaître une inflammation des deux côtés de la poitrine, mais cette supposition n'expliquait pas la teinte violette des lèvres qui l'avait frappé d'abord. La terminaison brusque de la maladie, la cyanose, le firent changer d'opinion à sa seconde visite, aussi réclama-t-il instamment l'autopsie, bien persuadé qu'il rencontrerait quelque chose de remarquable du côté du cœur, et, en effet, il ne fut pas trompé dans son attente. M. le docteur Panchaud m'ayant chargé de l'autopsie, nous y procédâmes à peu près trente-six heures après la mort. La coloration de la peau était celle ordinaire aux cadavres, les extrémités inférieures étaient seules un peu violacées, le corps amaigri mais sans apparence de marasme.

Après avoir ouvert la poitrine les poumons s'affaissèrent, il n'existait aucune bride qui réunit les plèvres, et rien qui indiquât que ces membranes eussent été enflammées. Le lobe supérieur du poumon droit avait la teinte rosée qui lui est naturelle, à l'exception d'une partie située au sommet de ce lobe et de la grosseur d'une noix qui était complétement hépatisée; le lobe inférieur de ce même poumon était en partie engoué et en partie hépatisé. La cavité gauche de la poitrine était en avant, presque entièrement remplie par le cœur, dont le volume égalait celui du cœur d'un enfant de huit à neuf ans; le poumon était refoulé en haut et en arrière, le lobe supérieur était parfaitement sain, rosé; de sa partie inférieure droite partait une bandelette *digitiforme* de tissu pulmonaire de l'épaisseur d'une ligne, s'amincissant sur ses bords, de la longueur de quatre pouces et d'un pouce à un pouce et demi de largeur; elle était fortement violacée et engouée, ne faisant apercevoir qu'une faible crépitation; le lobe inférieur était en partie hépatisé et en partie engoué; il y avait donc eu inflammation des deux poumons, inflammation qui pour un enfant de cet âge avait été bien assez intense pour être regardée comme la cause de la mort. Le cœur, d'un volume énorme, remplissait toute la cavité gauche de la poitrine.

Le péricarde contenait environ deux cuillerées à soupe d'une sérosité claire, cette enveloppe du cœur paraissait d'ailleurs parfaitement saine. Voyant que la structure du cœur et l'origine des gros vaisseaux s'écartaient de l'état normal, j'enlevai cet organe et ses dé-

pendances avec les bronches et une partie de la trachée artère, emportant avec le cœur autant que je le pouvais des parties voisines, je disséquai la pièce et la conservai dans l'alcool. Voici quelle est la disposition de l'organe (1).

Le cœur est d'un volume prodigieux pour cet âge, il est uniformément arrondi, les vaisseaux coronaires sont injectés, la face supérieure ne présente aucune trace de sillon.

Oreillette droite. — Beaucoup plus volumineuse que la gauche et alongée transversalement, elle présente vers son extrémité gauche l'insertion de la veine cave inférieure garnie de la valvule d'Eustache; l'insertion de la veine cave supérieure a lieu vers le milieu du bord supérieur de cette oreillette : vue intérieurement, cette oreillette ne présente aucune ouverture de communication avec le ventricule, mais communique largement avec l'oreillette gauche au moyen du trou de Botal entièrement conservé; ses parois sont épaisses, charnues, et son appendice fortement prononcé; un examen minutieux ne m'a fait découvrir aucune communication entre cette oreillette et le ventricule.

Oreillette gauche. — Beaucoup plus petite que la droite et à parois beaucoup plus minces, elle offre vers sa partie supérieure et postérieure l'insertion des quatre veines pulmonaires, et vers sa partie inférieure l'orifice auriculo-ventriculaire, seule communication des oreillettes avec le ventricule. Le côté interne de cette oreillette présente le trou de Botal garni de sa valvule, cet orifice est entièrement conservé sans offrir de disposition à l'oblitération, et sa valvule, qui offre la figure d'un demi-segment alongé, est disposée de manière que le sang venant de la veine cave inférieure ou de l'oreillette droite pouvait être transmis facilement dans cette oreillette sans pouvoir passer ensuite de l'oreillette gauche dans la droite.

Ventricule. — Le cœur, incisé sur chacun de ses bords et dans toute leur étendue, laisse voir à découvert toute cette cavité qui n'est réellement qu'un seul ventricule; il n'est traversé par aucun plan charnu, ses parois ont une grande épaisseur et ses colonnes charnues sont fortement prononcées. Sa partie supérieure offre deux parties distinctes, une gauche et une droite, la première présente l'orifice auriculo-ventriculaire dégorgeant dans le ventricule le sang de l'oreillette gauche, il est garni de la valvule mitrale; cette valvule offre quatre languettes, dont l'interne par sa disposition simule un rudiment de cloison. La partie droite de la base du ventricule, plus étroite que la gauche, est séparée d'elle par la languette dont j'ai parlé, c'est là que se trouvent à la fois les orifices des artères aorte et pulmonaire, l'un en avant, c'est celui de l'aorte, l'autre en arrière, c'est celui de l'artère pulmonaire; ils sont très-rapprochés et séparés seulement par une espèce de colonne charnue : une chose digne de remarque est l'exiguité de ces orifices, tous deux comme étranglés, à tel point qu'une plume de corbeau peut les remplir entièrement. Il m'a paru (autant que j'ai pu m'en apercevoir en introduisant de haut en bas dans les gros vaisseaux artériels un stilet de manière à le faire pénétrer dans le ventricule), il m'a paru, dis-je, que les orifices des artères aorte et pulmonaire étaient garnis de petits replis membraneux qui pouvaient représenter les valvules tricuspides.

Base du cœur; origine des vaisseaux. — Ce que cette partie offre de plus remarquable est l'origine des artères aorte et pulmonaire qui a lieu à la partie droite de la base du cœur; la pulmonaire, au lieu de se trouver au devant de l'origine de l'aorte, est située en arrière; ces deux artères sont adossées l'une à l'autre, mais l'aorte est en avant; la pulmonaire offre un diamètre double de l'aorte, cette dernière se recourbe bientôt et fournit le canal artériel qui va s'ouvrir à l'endroit où l'artère pulmonaire se bifurque; ce canal paraît oblitéré.

J'ai déjà parlé de l'origine des veines caves et pulmonaires, je regrette de ne pouvoir indiquer les rapports des bronches avec ces parties, mais je les ai enlevées pour mieux voir l'origine des vaisseaux, sans penser à remarquer d'abord leurs rapports mutuels.

Tout est remarquable dans le cas qui vient d'être mentionné. D'abord, comment cet enfant a-t-il pu vivre si longtemps avec ce cœur de reptile? Et 2° comment, avec ce mélange continuel des deux sangs n'était-il pas constamment cyanosé, car à moins que l'individu ne fût malade ou un peu indisposé, rien n'indiquait ce mélange. En effet, la cyanose ne survenait que lorsque l'enfant se refroidissait ou que quelque cause dérangeait sa respiration. La fréquence de cette fonction suppléait-elle à l'altération du sang par le fait de son mélange? C'est ce que nous ne pouvons dire, n'ayant pas vu l'enfant dans l'état de santé; mais il est certain que dès qu'il y a eu inflammation du poumon, la vie a dû cesser promptement, car il fallait toute l'intégrité de cet organe pour suffire à l'oxidation du sang.

L'exiguité des orifices aortique et pulmonaire explique les angoisses et la gêne de la respiration, vu la difficulté que devait éprouver le sang pour sortir du ventricule en franchissant ces ouvertures.

Le sang qui arrivait dans le poumon déjà en partie oxigéné, se chargeait-il d'une dose d'oxigène supérieure à celle que peut avoir le sang artériel ordinaire? Cette dose d'oxigène se répandait-elle ensuite dans le reste du sang à demi oxidé, et compensait-elle son défaut d'oxigénation? Nous ne pouvons que poser cela en question.

Le cas dont je viens de parler n'est pas unique, puisque M. le docteur Panchaud a vu dans le Musée anatomique de Varsovie un cœur à un seul ventricule, qui avait appartenu à un individu du sexe masculin, qui était parvenu à l'âge de vingt-un ans; il est cependant extrêmement rare, et il nous montre combien la nature a de ressources pour entretenir la vie avec des conditions qui s'écartent autant de ce que nous révèlent nos connaissances physiologiques.

L. Durand, *docteur en chirurgie.*

(1) Les détails qu'on vient de lire m'ont été communiqués par M. le docteur Panchaud.

Lorsque l'on rencontre un fait qui s'éloigne de ceux que présente l'observation journalière, on est assez disposé à croire que ce fait est unique ou excessivement rare. C'est ordinairement sous cette préoccupation, et sans avoir entrepris des recherches suffisantes, qu'on livre à la publicité et que l'on commente les faits de ce genre. L'observation précédente offre sans doute beaucoup d'intérêt, mais l'auteur n'eût point posé les questions qui terminent son travail, s'il eût seulement jeté les yeux sur le paragraphe troisième de l'article *cœur*, de la nouvelle édition du *Dictionnaire de Médecine*. Voici la réponse à la première question : « Comment, dit l'auteur, cet enfant a-t-il pu vivre si longtemps avec ce cœur de reptile? » Je réponds que la vie s'est entretenue chez cet enfant comme chez bon nombre d'autres, dont le cœur offrait une analogie de conformation avec le cœur des reptiles, et qui cependant ne sont pas morts à la naissance. J'ai indiqué dans l'article cité plus haut six observations où le cœur, réduit à une oreillette et un ventricule, rappelait la circulation des batraciens ; j'y ai également rapporté quatre cas où le cœur, plus avancé dans son développement, offrait deux oreillettes en communication avec un *seul* ventricule. Or, parmi les sujets de ces observations, l'un a vécu sept jours, un autre six mois, un autre dix mois et demi, un autre vingt-deux ans, un autre vingt-quatre ans. On a trouvé l'orifice auriculo-ventriculaire droit oblitéré, comme dans l'observation précédente, chez un homme âgé de vingt-un ans (*Arch. génér. de méd.*, tom. VIII, pag. 274).

Quant à la deuxième question proposée par M. Durand, il est plus facile encore d'y répondre. « Comment, dit-il, avec ce mélange continuel des deux sangs, l'enfant n'était-il pas constamment cyanosé ? » Il est bien connu aujourd'hui (et cela est démontré par une foule d'observations) que le mélange des deux sangs ne cause pas la cyanose, et que celle-ci ne se montre que lorsqu'il survient accidentellement un trouble notable dans la circulation veineuse et la respiration. L'observation qu'on vient de lire ressemble, sous ce rapport, à toutes celles qui ont été publiées sur les communications contre nature, entre les cavités du cœur, et ne fait que confirmer une doctrine que ce n'est pas ici le lieu de développer.

BÉRARD aîné.

Rhumatisme articulaire traité par les frictions mercurielles.

C., vigneron, âgé de trente-six ans, d'une petite stature, d'un tempérament sanguin, mais très-irritable, éprouva dans le courant de février des douleurs vagues dans les articulations fémoro-tibiales, et quelques accès de fièvre intermittente. Vers le 20 du même mois, le malade commence à ressentir à la région lombaire et aux articulations tibio-tarsiennes des douleurs assez vives. Le médecin qu'il consulta alors lui prescrivit des frictions d'eau-de-vie camphrée sur les parties souffrantes. Malgré les instances du malade pour une saignée ou des sangsues, ce traitement fut continué jusqu'au 28, où le malheureux ne pouvant résister à ses douleurs, qu'exaspéraient encore ses frictions, réclama mes soins. Tel était alors son état.

Les articulations tibio-tarsiennes, quoique peu gonflées et sans rougeur, étaient excessivement douloureuses au plus léger contact ; le moindre mouvement les exaspérait ; aussi le malade couché en supination restait-il immobile dans son lit. D'ailleurs, inappétence, soif vive, langue nette et humide, molle sensibilité à l'épigastre, constipation, urines très-rouges, pouls dur et très-fréquent. Les sueurs sont abondantes pendant la nuit. — Prescription : 40 sangsues autour des articulations, cataplasmes laudanisés à la dose d'un gros chaque, lavement émollient, limonade, diète absolue ; un grain d'opium dans la soirée, et un bain pour le lendemain. Le soir même il y eut un amendement tellement considérable que le malade se crut guéri.

Le 1er mars nous le vîmes à la sortie du bain, et nous apprîmes que dans la nuit les genoux et la jambe gauche étaient devenus douloureux. Sensibilité excessive de la face dorsale des pieds, œdème aux articulations tibio-tarsiennes, douleur, rougeur et gonflement des genoux, même soif, mêmes fréquence et dureté du pouls. — Prescription : saignée de seize onces, qui n'eut d'autre effet que de diminuer la dureté du pouls ; cataplasmes autour des articulations ; dix-huit gouttes de laudanum pour la nuit, qui se passa dans la plus complète insomnie et dans une transpiration abondante.

Le 2, les hanches, le cou, les épaules, les coudes, les poignets, les mains, étaient pris ; en sorte qu'il n'y avait pas une seule articulation de libre. Le malade ne pouvait exécuter le plus léger mouvement sans éprouver les plus horribles douleurs. La diète longue et sévère à laquelle le malade s'était soumis depuis le commencement de sa maladie, les deux émissions sanguines abondantes que nous lui avions faites, les sueurs excessives qu'il éprouvait, l'avaient réduit à un état de faiblesse tel que nous ne pouvions nous permettre de recourir à de nouvelles saignées. Nous maintînmes le malade à la limonade et à la diète, et restâmes quelque temps dans l'expectative, espérant que l'inflammation ayant parcouru toutes les articulations, et étant parvenue à son plus haut période, s'amenderait d'elle-même.

Mais le 4, voyant le malade toujours en proie à ses souffrances, baignant dans sa sueur, fatigué de l'immobilité qu'il était obligé de garder, nous prescrivîmes une once et demie d'onguent mercuriel double, pour quatre frictions sur l'abdomen, à une heure d'intervalle chacune. En quarante-huit heures toutes les articulations furent libres : mais comme quelques-unes conservaient encore de la douleur, le traitement fut continué jusqu'au 10, où l'abondance des selles nous le fit suspendre. Les genoux étant encore douloureux, nous appliquâmes trois ventouses scarifiées qui enlevèrent les douleurs. Le 13 la salivation commença ; au bout de huit à dix jours elle disparut, et le malade fut guéri sans récidive.

Cette amélioration subite produite par le mercure a quelque chose d'étonnant et d'inexplicable. Mais quelles que soient les idées médicales que l'on professe, on ne saurait se refuser à l'évidence des faits : ici les antiphlogistiques si bien indiqués ont échoué, et les frictions mercurielles ont enlevé la maladie comme par enchantement. Ce traitement est empirique sans doute, mais l'ignorance où nous sommes du mode d'action du mercure dans cette circonstance, est loin d'être une contradiction dans l'emploi de ce médicament. En médecine, plus qu'en toute autre science peut-être, tout n'est pas explicable; et il y aurait de la déraison à ne vouloir pas employer un médicament dont l'efficacité est reconnue, par cela seul qu'il ne rentre pas dans notre système, ou que son mode d'action se dérobe à notre esprit. En pratique, les faits seuls doivent être la boussole du médecin.

Catarrhe suffocant.

Le 5 août, à huit heures du soir, je fus appelé près d'une jeune femme nouvellement mariée qui était dans un état imminent de suffocation. J'appris que depuis quelques jours elle souffrait d'un catarrhe bronchique; mais elle n'en avait pas moins vaqué à ses occupations. Ce jour-là ayant beaucoup marché, et à pas précipités, elle fut obligée vers le soir de se mettre au lit, ne pouvant résister à la gêne qu'elle éprouvait dans la poitrine. Au moment où nous arrivâmes, la dispnée était au plus haut degré; la face exprimait l'angoisse; la respiration haute et fréquente, accompagnée d'un râle très-bruyant et d'accès de toux revenant à de longs intervalles, faisait craindre la suffocation; le pouls, petit et faible, se dérobait au tact. Nous pratiquâmes aussitôt une saignée pendant laquelle la malade éprouva quelques mouvemens spasmodiques dans les membres. Dès qu'il se fut écoulé sept à huit onces de sang, le râle disparut, la respiration devint libre, le pouls se releva et la malade se dit guérie. Nous tirâmes une livre de sang, et pour prévenir un nouvel accès, nous prescrivîmes un bain de pied sinapisé et une potion gommeuse où je fis mettre quatre grains d'ipécacuanha. Elle prit une cuillerée de cette potion; mais elle n'eut pas plutôt plongé ses pieds dans le bain qu'elle éprouva une syncope qui fut suivie du râle et de la suffocation. Rappelé de nouveau, je trouvai la malade froide, le pouls insensible, le râle porté au plus haut degré, la suffocation tellement imminente, que nous ne crûmes pas avoir le temps de pratiquer une nouvelle saignée. Néanmoins nous nous empressâmes d'ouvrir la veine. Le sang coulant d'abord lentement, nous avons craint plusieurs fois de voir notre malade expirer: mais dès qu'il se fut écoulé trois à quatre onces de sang, le râle commença à diminuer. Peu à peu le râle et la dyspnée disparurent; et des portes du tombeau nous vîmes avec une joie inexprimable la malade revenir à la vie. Nous laissâmes couler le sang quelque temps encore. Après la saignée il y eut plusieurs syncopes que nous dissipâmes facilement, au moyen d'aspersions d'eau fraîche et de quelques frictions sur la région épigastrique. Des nausées, des efforts même pour vomir, s'en suivirent; mais ils ne produisirent que le rejet de quelques mucosités. Comme elle éprouvait du malaise, de la douleur même à la région épigastrique, nous administrâmes quelques gouttes d'ether sulfurique et de laudanum sur du sucre, qui procurèrent un soulagement marqué. Avant de nous retirer, nous appliquâmes des sinapismes sur les coudepieds, et comme elle éprouvait un froid glacial, je la fis entourer de linge très-chaud. Ce traitement eut le meilleur effet, la malade passa une nuit très-calme.

Le 6, elle éprouva quelques accès de dispnée, que je combattis par des sinapismes sur les genoux et les mollets; la malade a été ensuite de mieux en mieux; aujourd'hui elle est parfaitement guérie.

Cette observation me paraît intéressante sous plusieurs points de vue. 1° Cette femme, d'un tempérament nervoso-sanguin, a été agitée pendant l'émission sanguine de quelques mouvemens spasmodiques produits par l'impression de la saignée. Dans de semblables circonstances aucun phénomène de cette nature ne doit faire perdre de vue au médecin l'indication qu'il a à remplir. Ces accidens sont passagers, et se dissipent bientôt d'eux-mêmes; 2° l'émission sanguine a triomphé d'une manière miraculeuse de la suffocation, mais elle ne garantit pas du retour. Nous pensons que son action doit être aidée d'un repos complet, si le médecin veut faire usage de révulsifs. Les sinapismes, que l'on peut appliquer sans déranger le malade, conviendront beaucoup mieux que les pédiluves, que l'on ne peut administrer sans lui faire éprouver des mouvemens plus ou moins grands; 3° dans le catarrhe suffocant, la fonction respiratoire étant gravement compromise, la circulation doit se ressentir fortement de ces désordres. Cependant la faiblesse et la petitesse du pouls, le refroidissement de la périphérie du corps, cet état du malade presque expirant, ne doivent point être considérées comme des contre-indications de la saignée. La dernière saignée, chez cette malade, a été faite dans un cas désespéré; néanmoins lorsqu'il se fut écoulé une certaine quantité de sang, le pouls se releva, et la malade revint à la vie.

C. Gaudon, D.-M.-P.

Observation sur l'emploi de l'oxide blanc d'antimoine contre les phlegmasies pulmonaires.

Si j'écrivais aujourd'hui un mémoire sur les phlegmasies pulmonaires, j'y placerais en tête cette épigraphe : Les préparations antimoniales sont amies des poumons; parce que je suis convaincu des avantages qu'on retire tous les jours de leur emploi contre les maladies variées et fréquentes auxquelles les organes sont exposés par l'importance des fonctions qu'ils sont appelés à remplir.

I F.

Ces avantages n'avaient pas échappé aux investigations rigoureuses des anciens. Un médecin célèbre du siècle dernier y avait fréquemment recours dans les maladies de l'appareil de la respiration, et son *ratio medendi* est là pour transmettre à la postérité les nombreux succès que le praticien de Vienne dut à l'antimoine administré sous diverses formes.

Depuis plusieurs années beaucoup de médecins de tous les pays ont proclamé, par la voie des annales de la science, les nombreuses guérisons qu'ils ont obtenues par l'emploi du tartre stibié administré à des doses élevées. Je n'entretiendrai pas aujourd'hui le public médical de ce composé antimonié, puisque, à une autre époque, j'ai fait connaître les résultats heureux que j'ai dus à l'usage de ce sel.

Moins enthousiastes de la doctrine physiologique, et admettant néanmoins les services immenses qu'elle a rendues à l'art de guérir, les médecins de la capitale, ramenés vers un sage éclectisme, sont aussi revenus à des médications plus actives. Parmi les substances nombreuses introduites depuis quelques années dans la thérapeutique, il faut compter l'oxide blanc d'antimoine. Ce médicament, tant vanté des anciens sous le nom d'antimoine diaphorétique, était presque abandonné, lorsque de nos jours un savant médecin, M. le docteur Récamier, et quelques autres praticiens de Paris, l'ont remis en vigueur contre les phlegmasies pulmonaires.

Les observations suivantes, que je présenterai le plus succinctement qu'il me sera possible, viendront augmenter les faits qui sont favorables à ce médicament. Je n'entends donc pas donner quelque chose de nouveau, mais bien appeler de plus en plus l'attention des médecins sur un agent thérapeutique qui m'a paru recéler des propriétés d'une haute importance.

Ire *Observation.* — M. Olivet, marchand de vins, d'une santé souvent très-dérangée, éprouve sans cause appréciable tous les symptômes d'une pleuro-pneumonie, qui, malgré l'emploi de tous les moyens rationnels auxquels on a ordinairement recours contre cette maladie, était parvenue à un état de gravité tellement avancé, que je crus la position du malade tout à fait désespérée. Pouls très-fréquent, gêne de la respiration considérable, sueurs colliquatives, expectoration difficile, pour ne pas dire presque nulle; son mat dans une très-grande étendue du côté gauche du thorax, décubitus en supination. En désespoir de salut je prescris la potion suivante :

Prenez :	Eau distillée de laitue.	℥v
	— de fleur d'oranger.	℥j
	Sirop diacode.	℥j
	Oxide blanc d'antimoine.	ʒj
	Gom. arab.	q. s.

M : S : L :

à prendre par cuillerée d'heure en heure. L'ingestion de ce remède ne produit aucun phénomène apparent, ni vomissemens, ni selles, etc., et cependant au bout de quelques heures diminution déjà apercevable dans la série des symptômes indiqués plus haut. Le médicament est continué à la même dose pendant six jours, après quoi le malade entre en convalescence.

IIe *Observation.* — Mademoiselle G., âgée de quarante-huit ans, d'un tempérament nervo-sanguin, jouissant habituellement d'une bonne santé, n'est plus réglée depuis deux années. Dans le courant du mois d'octobre 1833, après s'être livrée à un travail pénible qui avait provoqué beaucoup de sueur, elle s'expose à une température très-basse, et est prise, dans la nuit suivante, d'une violente douleur du côté gauche de la poitrine. Je vois la malade le second jour : elle se refuse à toute espèce de saignées soit générales soit locales. Tisane de fleurs pectorales édulcorée avec le sirop de capillaire, et potion composée comme ci-après :

Prenez :	Eau de laitue.	℥vi
	Sirop diacode.	℥i
	Oxide blanc d'antimoine.	ʒij
	Gomme arab.	q. s.

f. s. L.

à prendre par cuillerée d'heure en heure. Sinapismes sur les membres inférieurs et sur le côté opposé à celui de la douleur. Amélioration progressive sous l'influence de cette potion, qui est prise jusqu'au septième jour à la même dose d'oxide blanc d'antimoine; on réduit ce dernier d'un scrupule, et le dixième jour la malade allant très-bien, elle est mise à l'usage de l'eau de poulet, de dattes et de jujubes. On lui permît aussi quelques cuillerées de lait de vache coupé avec l'infusion de fleurs de mauve sucrée. Le quatorzième la convalescence est confirmée.

Levrat-Perrotton, D.-M.-P.,
Médecin de l'hospice de l'Antiquaille de Lyon, etc.

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

MARS 1836.

Recherches sur la menstruation; par le professeur B. Mojon, de Gênes. Lues à la Société médicale d'émulation de Paris, dans la séance du 15 juillet 1835.

Les physiologistes ne sont pas encore entièrement d'accord sur la source immédiate de l'écoulement menstruel chez la femme. Pour les uns, cet écoulement n'a lieu que par les capillaires artériels; pour les autres, il ne s'effectue que par les veines. On a voulu même regarder la menstruation comme le résultat d'une hémorrhagie due à la déchirure des plus petits vaisseaux utérins. On prétend qu'elle est produite par la perspiration d'un ordre particulier de vaisseaux exhalans; on l'attribue à l'action sécrétoire des cryptes de la muqueuse utéro-vaginale; d'autres, enfin, ne veulent en reconnaître la source que dans les prétendues appendices cœcales.

La discussion de toutes ces différentes hypothèses, plus ou moins erronées, paraîtrait tout à fait oiseuse s'il ne se rattachait à cette fonction naturelle des considérations physiologiques et thérapeutiques du plus grand intérêt, et qui ne peuvent trouver une application suffisante dans les doctrines généralement reçues. Aussi j'ai cru qu'un nouvel examen d'une telle fonction chez la femme, que la solution du problème qui roule sur la vraie source du flux cataménial, pourrait encore mériter les soins de quelques nouvelles recherches.

Les phénomènes avant-coureurs que l'on remarque chez la jeune fille à l'approche de la première apparition des règles, et ceux qui l'accompagnent pendant toute leur durée; la qualité du liquide sanguin qui les constitue, ainsi que plusieurs autres circonstances, pourront nous fournir assez d'éclaircissemens pour établir une nouvelle théorie sur cette intéressante fonction.

Avant d'avancer une nouvelle opinion sur la source immédiate de l'écoulement menstruel, il conviendrait d'exposer les raisons principales qui s'opposent à l'adoption des différens avis déjà publiés par les physiologistes qui se sont occupés d'une manière spéciale de ce phénomène. Mais outre que je ne pourrais combattre, une à une, toutes ces opinions, avec l'étendue qu'elles exigent, dans les bornes d'un simple mémoire, l'état actuel des connaissances anatomiques démontre assez clairement que ce n'est, ni par les extrémités béantes des capillaires artériels ou veineux, qu'on n'a pas encore aperçues dans aucun tissu organique, ni par leur déchirure, ni par des vaisseaux exhalans imaginaires, que doit avoir lieu l'écoulement des règles; que les prétendus sinus veineux, admis par Astruc et autres, n'existent nulle part; que cette évacuation enfin n'exige non plus un appareil particulier ou une membrane muqueuse pour s'effectuer, puisqu'elle a lieu, dans plusieurs cas de déviation, par les oreilles, par les seins, par le nombril, par les aisselles et même par le bout des doigts, où il n'y a ni membrane muqueuse, ni appareil glandulaire d'aucune espèce. D'après cela, il paraîtrait que l'écoulement menstruel ne saurait avoir lieu que par les pores des parois des vaisseaux capillaires de la matrice. Cette idée pourrait même se rattacher en partie à la théorie de toutes les sécrétions animales en général, sans laisser pourtant de faire valoir les modifications dues à la structure particulière des différentes glandes.

Dans la composition de tous les tissus organiques, on trouve un ordre de vaisseaux qui, sans appartenir, ni aux artères, ni aux veines, ni aux lymphatiques, participe pourtant de plusieurs qualités de tous ces vaisseaux et qui sert d'intermédiaire entre eux; c'est cet appareil qu'on doit réellement et uniquement appeler capillaire; c'est lui qui réunit le système vasculaire de tout le corps et qui en fait un tout continu, un réseau de tubes extrêmement fins, entrelacés en tous sens.

Ces vaisseaux n'ont ni les valvules des veines, ni la tunique fibreuse ou élastique des artères, ni les rétrécissemens ou nodosités qu'on aperçoit au-dehors des lymphatiques; c'est un système à part, que les anciens, privés de bons microscopes et ignorant l'art des injections fines, confondaient avec le tissu cellulaire et qu'ils appelaient *parenchyme, tomentum haimalope.*

L'existence de ces vaisseaux déliés, pellucides, répandus dans tous les tissus et même dans les tuniques des gros vaisseaux, formant une anastomose générale, est désormais pour les modernes un axiome anatomique.

On avait cru pendant longtemps, et bien des auteurs croyent encore, que le système capillaire, outre ses anastomoses, avec les aboutissans artériels et l'origine des veines, avait aussi des extrémités béantes, ou des tubes exhalans particuliers, pour laisser échapper les sucs nutritifs et les matériaux des diverses sécrétions glandulaires; ce que l'anatomie la plus délicate, les observations microscopiques les plus exactes, et les injections les plus fines n'ont point encore démontré; aussi on doit regarder comme tout à fait hypothétique cette infinité de petits conduits ouverts, isolés les uns des autres,

qui versent les fluides exhalés, tels que la sérosité, la graisse, la synovie, etc., dont parlent Hunter, Bichat, Sœmmering et beaucoup d'autres.

La porosité inorganique, *pori inorganici*, de tout tissu vasculaire, admise d'abord par Morgagni, soutenue par les observations de Prokaska et de Fodera, appuyée par les ingénieuses recherches de Dutrochet sur le mécanisme de l'endosmose et de l'exosmose, prend la place des prétendus conduits excréteurs ou exhalans, et trouve un appui très-fort dans la transsudation du sang menstruel, qui n'a lieu, d'après moi, qu'à travers les pores des parois des capillaires qui tapissent la cavité utéro-vaginale. On pourrait regarder ce suintement comme analogue à celui de la bile à travers les tuniques de la vésicule du fiel; suintement qu'on a regardé jusqu'à nos jours comme purement cadavérique. L'extrême tenuité du tissu translucide des capillaires, explique assez la possibilité de cette infiltration même chez les vivans, ce qui est garanti par l'observation de ce qui se passe spécialement à la surface des membranes séreuses, ou à l'entour des veines par rapport à la graisse.

Mais pourquoi, dira-t-on, cette porosité ne laisse-t-elle point passer continuellement le fluide menstruel, mais bien à certaines époques seulement, et à des longs intervalles? Cela dépend de ce que toutes les conditions nécessaires pour la dilatation ou perméabilité du tissu des capillaires utérins, ne sont pas toujours permanentes. Il faut que des circonstances particulières de plénitude, d'énergie vitale et de surexcitation locale et générale aient lieu. Toutes les fonctions des corps vivans jouissent d'une périodicité, pourquoi le flux cataménial n'en jouirait-il pas aussi?

Je me sens fort porté à croire que les forces électriques jouent un grand rôle dans ce travail périodique des organes sexuels de la femme; que si l'électricité animale n'en est pas la cause première, il faut du moins l'admettre comme un très-puissant auxiliaire.

L'on sait qu'en faisant passer un courant électrique à travers une vessie remplie d'eau, elle se vide assez promptement, laissant filtrer par les pores de ses tuniques tout le liquide qu'elle contient. Cette curieuse expérience donnerait, jusqu'à un certain point, l'explication de la manière dont l'électricité pourrait contribuer à l'écoulement des règles.

Si l'on fait une heureuse injection d'encre dans tout le système vasculaire de la matrice, spécialement d'une femme morte pendant ses règles, on n'observe d'autre suintement, dans la cavité de ce viscère, qu'une eau presque claire: mais aussitôt qu'on le fait traverser par un courant électrique, une rosée noirâtre en couvre toute la surface interne, sans qu'il soit possible pourtant d'apercevoir aucune ouverture, même à l'aide d'une forte loupe.

Si l'on met les deux pôles de la colonne voltaïque en contact avec les viscères d'une grenouille, on voit s'humecter leur surface d'un mucus blanchâtre assez abondant (1).

(1) Voy. Philosophical magasin of à Tillod. Jannuary 1803.

Ce qu'on obtient artificiellement par l'électricité dans le cadavre, arrive de même, à mon avis, chez le vivant, par rapport à l'écoulement du sang menstruel. En comparant ce phénomène physique avec celui des règles, il me semble y trouver assez d'analogie avec les hypothèses que tout physicien doit adopter, pour renoner les différens faits qui forment l'objet de ses méditations; car si l'exhalation chez les vivans est un phénomène dont la marche peut être modifiée par l'action des forces vitales, elle ne laisse pas d'être toujours, et même beaucoup sous le domaine de la physique, ainsi que toutes les autres fonctions des corps vivans (1).

L'idée que l'électricité est un très-puissant auxiliaire et peut-être même indispensable à l'écoulement normal des règles, vient à l'appui de l'ingénieuse théorie de la génération par MM. Delpech et Coste. D'après ces physiologistes l'étude de l'évolution embryonaire conduit à y reconnaître l'application des lois électro-magnétiques (1).

Cette hypothèse nous paraît tellement fondée que nous ne saurions résister à l'adopter. Qui sait même si le principe de la vie, ainsi que le pensent quelques modernes physiologistes, n'est pas une manière d'être toute particulière des forces électriques?

Quand la jeune fille entre dans l'âge de la puberté, une vraie commotion électrique s'empare d'elle, ses yeux acquièrent de l'éclat et de l'expression, ils brillent du feu de l'amour; tous ses mouvemens sont plus rapides et plus prononcés. Elle devient inquiète, agitée, toutes les parties de son corps s'arrondissent gracieusement, prennent de la chaleur, du coloris, de la consistance. Au milieu de ces changemens, elle ressent une espèce de force expansive dans la matrice, des douleurs aux lombes, des engourdissemens dans les cuisses, une pesanteur; une tension à l'hypogastre. Elle éprouve des frissons, des mouvemens spasmodiques, convulsifs. Ses parties sexuelles se réveillent de leur inertie; ses goûts et ses plaisirs changent; son cœur est agité: le besoin d'aimer se fait sentir. Cette révolution remarquable dans le physique et le moral de la femme précède d'assez près l'apparition dans les parties génitales d'une mucosité d'abord claire, séreuse, puis colorée en rose et en dernier lieu en rouge et dont la consistance augmente aussi en raison de sa couleur. Cette évacuation sanguiniforme sous l'influence des modifications inverses redevient rougeâtre, séreuse, claire et s'arrête au bout de trois ou cinq jours. Plusieurs circonstances peuvent pourtant réduire la durée d'une évolution menstruelle à deux, ou la porter à sept et huit jours (2).

(1) Voy. mes conjectures concernant l'action du galvanisme sur les sécrétions animales dans le journal du Galvanisme, rédigé par M. Nauche, n° IV.

(2) Recherches sur la formation des embryons par MM. Coste et Delpech. — Paris, 1834.

(3) Le sang menstruel étant le résultat d'un suintement à travers le tissu d'un ordre de vaisseaux entre les artères et les veines, il paraît que toutes les disputes relatives à la nature

Tous ces phénomènes et notamment ceux qui précèdent la première irruption des menstrues, ne peuvent avoir lieu sans qu'un mouvement électrique y prenne part. La matrice centre de cette excitation générale (*intempérie nerveuse de Lobstein*) doit de préférence en ressentir l'effet; son système vasculaire est entraîné dans ces mouvemens irréguliers; alors les pores du tissu capillaire qui lui appartient laissent transsuder le fluide qui le parcourt.

Lorsque ce mouvement fluxionnaire, voisin de l'état inflammatoire de la matrice se calme, la porosité des capillaires se resserre et l'écoulement menstruel s'arrête, jusqu'à ce qu'une nouvelle surexcitation électrique ou vitale et une nouvelle pléthore utérine ait lieu.

«L'orgasme nerveux, dit Cabanis, dont la première éruption des règles est accompagnée, se renouvelle en partie aux périodes mensuelles suivantes, qui ramènent cette commotion. A chacune de ces époques la sensibilité devient plus délicate et plus vive. Pendant tout le temps que dure la crise, on a même souvent remarqué dans la physionomie des femmes quelque chose de plus animé, dans leur langage quelque chose de plus brillant, dans leur penchant quelque chose de bizarre et de capricieux (1).

Je le répète, je ne saurais ne pas admettre l'électricité animale parmi les causes les plus efficaces de la première apparition, ainsi que la succession des règles. Qui sait si même l'espace de 24 à 30 jours qui sépare une époque cataméniale de l'autre ne serait pas le temps qu'exige une nouvelle tension électrique, à l'effet de disposer la tunique des capillaires utérins à la perméabilité nécessaire pour l'écoulement particulier qui constitue la menstruation?

Les dernières observations de MM. Fozembas, Coudret, Piorry et autres, ont prouvé que parmi les conditions particulières qui constituent dans un tissu quelconque l'état inflammatoire, on doit compter une accumulation électrique locale, sensible à l'électroscope. Or, dès qu'à l'approche des règles il y a dans le tissu des organes génitaux de la femme un état assez analogue à la phlogose, il doit de même y avoir une condensation électrique.

Cet orgasme nerveux, dont parle Cabanis, qui se renouvelle à chaque époque mensuelle; cette sensibilité et irritabilité plus vive; cette physionomie plus animée des femmes pendant la crise, ne sont pour moi que l'effet d'une commotion ou tension électrique qui de la matrice s'étend à tout le corps par le système nerveux.

Nous voyons aussi plusieurs de ces phénomènes avoir lieu chez les femmes hystériques, lorsque l'atmosphère est surchargée d'électricité. A l'époque, ou dans le temps voisin des règles, on remarque, chez quelques femmes délicates et sensibles, une sorte d'altération de l'esprit et du caractère qu'on peut en toute confiance regarder comme l'annonce de l'orage prochain. Les observateurs attentifs ont de même remarqué l'influence d'un temps d'orage sur les penchans vénériens des femmes, sur leur menstruation et même sur les maladies de la matrice.

C'est sous ce point de vue et d'après ces mêmes observations, que nous avons conseillé et employé dès l'an 1804 le galvanisme dans plusieurs cas d'aménorrhée chlorotique, notamment chez les femmes d'une constitution debile, lymphatique. Les succès que nous avons obtenus par ce nouvel agent thérapeutique, chez les femmes chlorotiques par inertie de la matrice, sont consignés dans les ouvrages du professeur Aldini et de M. le baron docteur Alibert (1). Depuis cette époque, nombre de praticiens l'ont employé également avec succès. Scarpa surtout eut beaucoup à se louer de ce moyen dans l'amaurose par dismenorrhée (2). Si parfois l'effet n'a pas répondu à l'attente, c'est bien plutôt par maladresse de ceux qui l'employèrent que par son inefficacité, à moins que des contre indications particulières n'y mettent obstacle.

Les maux de tête, le sentiment de pesanteur à la nuque et au fond des orbites, l'engourdissement dans les membres, les douleurs articulaires, la tendance continuelle au sommeil, l'enflure et les crampes aux pieds vers la fin de la journée, les palpitations, et bien d'autres symptômes qu'éprouvent habituellement les chlorotiques, indiquent assez que, parmi les différentes causes de tous ces désordres, on doit compter un véritable défaut d'énergie de la matrice, non moins que dans la distribution du sang qui ne s'y dirige point avec la force et dans la quantité voulue. C'est spécialement dans ces cas que l'électricité, appliquée directement sur les organes génitaux, leur donne la surexcitation nécessaire, et l'aptitude aux congestions hémorrhagiques menstruelles.

Je serais même porté à croire que, si l'on pouvait explorer d'une manière précise, avec un galvanomètre multiplicateur, la tension électrique de la matrice vers l'approche et dans le moment même des règles, on trouverait qu'elle est bien plus forte qu'après leur cessation.

---

artérielle ou veineuse de cette évacuation devraient cesser. Le sang des règles a des qualités propres qui en font un fluide à part; d'autant plus qu'après avoir perspiré par les pores des capillaires qui en sont la source immédiate, il reçoit des nouvelles combinaisons dans la cavité utéro-vaginale en se mêlant avec l'humeur sécrétée par les follicules ou glandes mucipares et autres qui se trouvent à son passage.

Voyez sur cet objet les écrits publiés par Hunter, Lavagna, Hamilton Jacopi, Rayan, Davis, Velpeau, etc.

(1) Rapport du moral et du physique de l'homme, par Cabanis, t. I; Paris, 1805.

(1) Essai théorique et expérimental sur le galvanisme, par Aldini. Paris, 1804, in-4°, pag. 134.

Nouveaux élémens de thérapeutique, par le baron Alibert. — Paris, 2e édit., 1808, t. II, pag. 463.

(2) Trattato delle principali malattie degli oculi. — Paris, 1816.

Je crois qu'on peut désormais enregistrer l'électricité parmi les puissans emmenagogues, d'autant plus que bien d'autres moyens, tant vantés sous ce nom dans les traités de matière médicale, sont loin d'obtenir l'effet désiré. Je doute fort qu'il y ait des substances médicamenteuses capables d'exciter d'une manière directe l'écoulement des règles. La constitution générale de certaines femmes peut bien être comptée parmi les causes prédisposantes de la dismenorrhée, mais on doit bien plus y compter la condition particulière des organes génitaux.

Le flux menstruel n'ayant lieu que par la porosité du tissu des capillaires utérins, je serais induit fortement à conjecturer que la *métrorrhagie*, la *menstruation* et la *leucorrhée* ne sont dues en grande partie qu'à cette même perméabilité plus ou moins prononcée. Dans la première, il y aurait une grande dilatation comme trois; dans la seconde, une dilatation comme deux; dans la troisième, enfin, une dilatation comme un. La seconde seulement serait naturelle, normale; les deux autres insolites, anormales. Il ne faut pas perdre de vue que le sang menstruel étant très-pauvre en fibrine, si même il en contient, et n'étant pas coagulable, n'exige point pour se faire jour à travers les pores inorganiques des capillaires une dilatation aussi forte que celle qui est nécessaire pour le passage du sang pur et coagulable qui constitue la métrorrhagie. Aussi, parmi les indications thérapeutiques, dans les pertes sanguines par la matrice et dans les cas de leucorrhée, on doit toujours prendre en considération l'état pathologique du système capillaire de l'utérus comme en étant la cause prochaine. Car, quoique l'action des forces vitales entre pour quelque chose dans ces phénomènes morbides, elle ne pourra jamais les soustraire aux lois immuables de la physique. Je ne prétends pourtant pas exclure la part que peut avoir dans ces deux affections la qualité et la quantité de sang qui pénètre dans le tissu des organes génitaux, et celle qui est due à la constitution particulière de la femme; non plus que les cas des altérations que pourrait présenter la texture de la matrice, tels que ulcérations, fongosités, indurations, etc.

La difficulté qu'on rencontre pour arrêter les métrorrhagies chez les femmes un peu âgées, n'est due très-souvent qu'à l'état d'atonie et de relâchement où se trouve le tissu des capillaires utérins devenu trop perméable, et d'une manière permanente: c'est ce qui a fait dire à plusieurs praticiens, que cette maladie, chez les vieilles femmes, est toujours incurable.

Les douleurs vives, poignantes, accompagnées de tiraillement dans la région utérine, dans les veines et dans les cuisses, qu'éprouvent souvent les femmes à l'approche de leurs règles, et même pendant leur cours, douleurs dont sont spécialement atteintes les jeunes filles d'un tempérament sanguin athlétique, ne sont dues, à mon avis, qu'à un état de surexcitation de tout l'appareil générateur, ainsi qu'à la qualité du sang qui le parcourt en tous sens dans cette circonstance, très-riche en globules, et très-épais, et par cela même moins coulant dans les vaisseaux capillaires et moins apte à perspirer par les petites porosités de leurs parois. Alors dans ces *molimina menstruationis* il peut souvent n'avoir lieu qu'un simple suintement anormal d'une mucosité coagulable.

Les pseudo-membranes de la cavité utérine dont parlent Morgagni, Chaussier, Denmann, et surtout Velpeau, n'ont ordinairement lieu que par l'épaississement ou desséchement de cette même mucosité qui, en fermant l'orifice des trompes, frappe souvent de stérilité les femmes sujettes aux coliques menstruelles.

L'étiologie des douleurs, qui précèdent et accompagnent chez certaines femmes l'évacuation des règles, et les symptômes qui s'en suivent, nous font voir qu'il y a d'un côté trop de résistance dans les tuniques des capillaires à devenir perméables, de l'autre côté trop d'épaisseur dans le sang qui les parcourt à cette époque. Cette étiologie nous apprend de même que l'appareil générateur se trouve alors dans un état très-voisin de la phlogose. Pour combattre ces dispositions morbides de la matrice, nous avons eu l'idée d'employer les fumigations du gaz acide carbonique par le vagin (1).

Je considère ce gaz comme capable de jeter l'organisme dans un état de prostration et de torpeur, de relâcher les tissus phlogosés, enfin de tempérer, pour ainsi dire, la force de réaction que l'état inflammatoire donne à ces mêmes tissus. Je considère en outre le gaz acide carbonique comme propre à diminuer dans le sang cette tendance plastique ou coagulable, qu'il offre toujours dans une partie quelconque atteinte de phlogose. Mon idée a obtenu dans son application d'heureux succès. Je pourrais citer ici nombre de cas où j'ai eu occasion de me louer des fumigations de ce gaz acide dans la matrice, soit pour calmer les douleurs utérines, soit pour obtenir un flux menstruel normal; notamment dans les cas d'une menstruation difficile, épaisse, ou d'une phlegmasie chronique de l'utérus. Aussi j'invite les praticiens à l'expérimenter avec toute confiance, non-seulement dans les coliques menstruelles périodiques, mais encore dans plusieurs phlegmasies, telles que les cystites, les ophthalmies, les métrites et autres inflammations locales. Je le répète, je considère le gaz acide carbonique comme un puissant déprimant contro-stimulant, ou même, si l'on aime mieux, un excellent antiphlogistique. Je sais que cette opinion a donné lieu récemment à une discussion très-vive au sein d'une savante société médicale de cette capitale; mais je ne saurais jamais envisager un stimulant dans une substance qui diminue évidemment l'action du système vasculaire et de la fibre animale, et qui fait passer le sang de l'état artériel à l'état veineux.

Je n'ignore pas que depuis nombre d'années les médecins anglais font usage du gaz acide carbonique dans le traitement de quelques maladies; mais sous un point

---

(1) Voyez Bulletin général de thérapeutique, 1834, 1 vraison de septembre. *Journal des Sciences physiques, chimiques*, etc., troisième année, janvier 1835.

de vue thérapeutique bien différent de celui dont il est envisagé par moi.

Je me résume.

1° La menstruation ne se fait, ni par les dernières extrémités des artères ou des veines, ni par leur déchirure, ni par un ordre des vaisseaux exhalants particulier, ni enfin par des cryptes ou follicules de la muqueuse utéro-vaginale.

2° La menstruation est le résultat d'une transsudation particulière par les pores du tissu des vaisseaux capillaires de la cavité utéro-vaginale.

3° L'action des forces électriques, propre à notre organisation, entre pour beaucoup, dans le phénomène de la menstruation, soit en augmentant la perméabilité du tissu des capillaires utérins, soit en accélérant la circulation du sang qui les parcourt, soit en le rendant peut-être plus liquide.

4° L'électrisation est un des plus puissans moyens de traiter avec succès l'aménorrhée produite par un état d'inaction des parties génitales ; surtout chez les femmes d'un tempérament lymphatique et d'une constitution débile.

5° La métrorrhagie, la menstruation et la leucorrhée peuvent être regardées comme le résultat immédiat du plus ou moins de perméabilité des tuniques des capillaire utéro-vaginaux.

6° Les fumigations de gaz acide carbonique, dans la cavité de la matrice, peuvent être employées avec succès pour combattre les douleurs utérines qui précèdent et accompagnent une menstruation difficile, notamment chez les jeunes femmes d'un tempérament athlétique et sanguin.

Histoire d'une affection typhoïde, épidémique, observée chez de jeunes enfans ; par M. le docteur Félix Hatin, médecin du bureau de bienfaisance du IXe arrondissement de Paris, chirurgien-aide-major du 3e bataillon de la IXe légion, lauréat de l'institut de France, etc.

Il existe à Paris, et principalement dans le quartier de la Cité, depuis la fin de 1832, une maladie qui attaque plus spécialement les jeunes enfans et dont les symptômes tiennent à la fois de la fièvre typhoïde et du choléra-morbus.

Ayant eu de fréquentes occasions de l'observer, je vais d'abord en tracer une histoire générale aussi fidèle que je le pourrai. Je me livrerai ensuite à quelques considérations sur sa nature, sa cause et sur les moyens les plus propres à la combattre. Enfin, je terminerai par quelques observations propres à justifier mes assertions.

Après quelques écarts de régime, pendant le travail de la dentition, à la suite d'une fièvre éruptive, quelquefois sans cause connue, l'enfant est pris de vomissemens et de diarrhée, les matières rejetées par en haut se composent d'abord des alimens et plus tard d'un simple liquide légèrement teint de bile et mêlé de viscosités spumeuses. Souvent même, après les premières émissions, on n'observe plus que des nausées, qui tantôt se bornent à faire contracter l'estomac et tantôt s'accompagnent d'éructations. Quant aux déjections alvines, d'abord alimentaires, elles ne tardent pas de devenir purement séreuses, et la mère exprime ce phénomène en disant que son enfant *ne fait que de l'eau.*

Cependant la langue est naturelle, le ventre souple, indolent ou peu sensible, quoique le plus souvent un peu gonflé. L'appétit a disparu ; mais la soif est ardente, et le malade ne désire que de l'eau froide simple pour l'étancher.

En même temps le pouls est faible et fréquent, quelquefois même irrégulier.

La respiration ne répond pas à la vitesse des mouvemens du cœur. Souvent même, elle est lente et comme insensible, mais dans tous les cas entrecoupée de soupirs.

Presque toujours dès le début de la maladie, et quelquefois seulement un peu plus tard, la face du malade prend une expression particulière. Ses yeux enfoncés, cernés d'un cercle brun ou violet, paraissent ternes. La pupille est naturelle; mais la conjonctive oculaire et principalement la partie comprise entre l'ouverture des paupières est souvent le siége d'une injection rouge-brun, qui donne au regard un air sombre tout particulier.

L'ensemble du visage est quelquefois pâle, le plus souvent violacé ; les traits sont tirés, comme on le dit communément, et les pommettes deviennent ou paraissent plus saillantes. La coloration change du reste à tout moment, et j'ai entendu souvent les enfans qui pouvaient exprimer leurs sensations, se plaindre de bouffées de chaleur qui leur montaient au visage.

La peau terne et moite dans toute son étendue est de plus, aux mains, froide et violacée.

Un accablement général se joint à ces symptômes. Le malade veut toujours dormir, mais son sommeil est mêlé de fréquens soupirs. Il se tourne à droite, à gauche, porte ses bras çà et là ; mais ses mouvemens sont empreints d'une lenteur remarquable. Sa tête l'entraîne, et c'est à peine s'il peut la soutenir et la diriger à son gré. Quand on l'éveille et qu'on le sollicite à parler, ces symptômes deviennent surtout bien sensibles. Il soupire et se plaint, écarte avec peine ses paupières appesanties, répond lentement et se rendort. Ses facultés intellectuelles restent cependant intactes. Il accuse le plus souvent une douleur au front, mais cette douleur est bien variable. Quelquefois elle est à peine sensible, et d'autres fois elle lui arrache des cris. Je l'ai vu même ne survenir que dans une période plus avancée de la maladie et alors se propager dans les membres et revenir par accès sous forme de crampes (voyez observ. 5).

Après les premiers jours, les vomissemens et la diarrhée cèdent ; mais l'état cérébral persiste. Tantôt il se fait une réaction. Alors le pouls s'élève, la peau devient chaude, les yeux s'animent, les mâchoires se serrent, les dents craquent, les membres sont agités de soubresauts. Il survient souvent de véritables convulsions pen-

dant lesquelles les yeux se renversent, les bras se tordent, la bouche se dévie, après quoi l'enfant tombe dans un état comateux dont il est impossible de le retirer.

Quand le mal continue, la respiration ne tarde pas à s'embarrasser. Elle devient profonde et met en jeu tous les muscles inspirateurs. On voit les ailes du nez se resserrer et s'ouvrir successivement. La face ne tarde pas à devenir violacée, turgescente. Les lèvres, agitées par une sorte de vibration isochrone à l'expiration, sont tuméfiées et baignées d'une salive visqueuse que l'air, en la pénétrant, rend écumeuse. Les veines du col se gonflent. La circulation pulmonaire s'embarrasse, l'engouement devient à tout moment plus étendu, la respiration plus anxieuse. Le pouls faiblit, devient irrégulier, tout l'organisme cède et le malade meurt par suffocation.

D'autres fois la maladie suit une marche beaucoup moins rapide. L'enfant ne conserve de son indisposition que de la faiblesse, de l'abattement, une somnolence habituelle et une grande soif. Il n'accuse point de douleurs et pourtant l'appétit reste nul, ou s'il existe encore et que le malade tente de le satisfaire, les substances ingérées sont presque aussitôt rejetées.

L'enfant maigrit avec rapidité, sa peau devient terne et flasque. Il témoigne toujours une grande antipathie pour le moindre exercice, et même quand par souvenir il redemande ses jouets, il les abandonne bientôt, dompté par un malaise intérieur qui le porte à faire de grandes inspirations, accablé par un besoin de dormir qui brise ses forces et le rend incapable de mouvement.

Cet état se prolonge quelquefois au delà de six semaines. Souvent il paraît s'amender. La somnolence est moins accablante, la face moins tirée, les yeux reprennent un peu de leur expression naturelle, les fonctions digestives se rauiment. D'autres fois, ce sont des alternatives de bien et de mal qui tantôt arrivent sans ordre ni régularité, et tantôt simulent une fièvre remittente dont les paroxismes quotidiens reviennent le plus souvent avec le soir.

La maladie prend enfin un caractère plus alarmant, quand des accidens cérébraux doivent survenir : une douleur fixe au front, des élancemens dans les membres, un grand accablement, une respiration suspirieuse, accompagnée de la fréquence du pouls, annoncent cette invasion. Souvent alors, malgré tous les secours de l'art, après une période d'excitation, la torpeur générale augmente, la respiration s'embarrasse, le pouls devient insensible, les yeux se couvrent d'une pellicule terne et restent fixes, tous les sens s'abolissent, les extrémités deviennent froides et le malade s'éteint doucement.

D'autres fois l'enfant périt dans une maigreur extrême et par la simple continuation de la torpeur générale. Dans ce cas, j'ai vu quelquefois, sur la fin de la maladie, les yeux rouler dans leur orbite et se porter d'un angle à l'autre, d'un mouvement uniforme et lent, pendant des journées entières. Les pupilles alors étaient énormément dilatées et l'iris réduit à la forme d'un anneau qui ne dépassait que d'un tiers de ligne au plus la circonférence de la cornée transparente.

Autopsie. — Il ne m'a été permis que deux fois seulement d'ouvrir des enfans morts de la maladie que je viens de décrire, et j'ai trouvé : 1° une légère injection des méninges et un peu de sérosité dans les ventricules cérébraux ; — 2° une injection de la muqueuse de l'iléon disséminée par plaques, laissant entre elles des intervalles sains de plusieurs points d'étendue, paraissant et disparaissant ainsi tour à tour, mais accompagnées toujours de l'engorgement des glandes mésentériques voisines ; — 3° enfin, j'ai trouvé encore une ulcération superficielle du cœcum.

Nous venons de décrire la marche la plus ordinaire de la maladie. Il nous reste à parler de celle qu'elle suit quand la terminaison doit être heureuse. Dans les vingt-quatre heures qui suivent l'invasion, le visage redevient naturel, la teinte bleuâtre, s'efface; les yeux cessent d'être caves et cernés. L'oppression, la soif ardente, le froid des extrémités disparaissent. Les battemens du cœur perdent de leur fréquence et de leur petitesse. Les vomissemens et la diarrhée provoqués ou spontanés continuent encore quelques jours, et pendant ce temps même l'appétit se réveille et les alimens digérés ou rejetés n'augmentent point la maladie. La convalescence s'établit bientôt et le rétablissement complet ne se fait pas attendre.

Quelle est la nature d'une semblable maladie? Quelles sont ses causes? Quel est sont traitement?

Si l'on se rappelle bien les premiers symptômes de cette maladie, on devra tout d'abord être frappé de leur ressemblance avec ceux du choléra-morbus et se demander si ces deux affections ne sont pas deux degrés d'une même cause. Pour moi, cette analogie est tellement évidente que je n'hésite pas à leur supposer une seule et même nature.

Mais quelle est cette nature? Il faut encore revenir aux symptômes pour arriver à quelques données plausibles.

L'enfant est pris brusquement de vomissemens et de diarrhée. Le pouls devient petit et fréquent, la respiration anxieuse, la face grippée, livide; les extrémités deviennent froides. Ne semble-t-il pas, à cet ensemble de symptômes, que l'économie tout entière soit sous le coup d'un ennemi qui l'opprime. Et quand cet ennemi est une substance toxique, en est-il autrement? Ne voyons-nous pas dans ce cas, comme dans celui qui nous occupe, le tube intestinal se révolter d'abord et par ses efforts expulsifs chercher à se débarrasser de l'hôte hostile qui le menace? Ne voyons-nous pas le cœur se relever de son engourdissement, lancer le sang avec une nouvelle vigueur, donner à tous les appareils un surcroît d'énergie, provoquer en un mot ce branle-bas général, cette énergie de tous les organes qu'on appelle une réaction?

Sans doute, dans la mésentéro-céphalée, nous ne pouvons démontrer chimiquement la présence du miasme délétère que nous supposons, mais ses effets le décèlent assez. En effet, si, abandonné à lui-même et laissé dans l'économie, il y produit de si grands ravages, si, expulsé par des émétiques ordinaires, son action est neutralisée, nous ne pourrons faire autrement que de l'admettre quel qu'il soit.

Si tous les jours nous voyons des poisons miasmatiques et même des poisons solides produire des effets à peu près semblables, nous devons encore l'admettre par analogie, car la ressemblance des effets doit faire supposer celle des causes.

Les lésions, trouvées après la mort, sont si peu de chose qu'on a peine à les regarder comme la cause des symptômes observés pendant la vie. Que sont, en effet, quelques plaques inflammatoires disséminées çà et là dans une très-minime étendue du tube intestinal; que sont quelques glandes mésentériques engorgées, comparées aux pertes de substance que font subir à ces mêmes parties certaines opérations chirurgicales qui pourtant ne sont pas toujours mortelles?

Qu'est-ce que l'injection pure et simple des méninges, effet probable de l'asphyxie qui termine la vie des malades, comparée à la lésion traumatique de ces parties? et pourtant celle-ci donne lieu dans beaucoup de cas à des symptômes moins formidables.

Qu'est-ce enfin que la présence d'une cuillerée ou deux de sérosité dans les ventricules cérébraux pour donner la mort, surtout quand on en déduit la quantité rigoureusement nécessaire au jeu normal des organes; surtout quand on en retranche ce qui peut être l'effet de la mort même, et enfin ce qui appartient à la transsudation cadavérique?

Ici encore il nous faut autre chose que les lésions trouvées pour expliquer la mort, et cette autre chose insaisissable dont je ne puis au reste définir l'action autrement qu'en disant qu'elle stupéfie l'encéphale, est sans doute ce miasme délétère dont l'introduction dans l'économie a produit tout d'abord ces efforts expulsifs, cette réaction du principe conservateur, qu'on ne saurait nier ni méconnaître dans toute espèce d'empoisonnement.

Enfin, en cherchant dans quelles circonstances se développe principalement cette maladie, on trouve qu'elle attaque de préférence des sujets placés dans des conditions d'insalubrité bien propres à développer les miasmes que nous supposons. (Voy. obser.)

Cependant, nous devons dire qu'elle n'attaque pas tous les individus placés dans ces mêmes conditions, et cette différence nous conduit à cette hypothèse, que ces miasmes n'infectent pas la totalité de l'air et n'agissent que sur ceux qui ont le malheur de les absorber, ou mieux, que mêlés intimement à l'air, ils ont besoin pour produire leurs funestes effets de trouver des conditions morbides particulières, en d'autres termes, une véritable prédisposition.

C'est ainsi que dans le très-grand nombre des cas, le choléra-morbus ne s'est déclaré que chez les individus dont les organes digestifs étaient altérés, soit par une nourriture chétive et malsaine, soit par quelque écart de régime.

Les premiers jours de la semaine étaient toujours marqués par un plus grand nombre d'invasions, et, à Paris, la classe ouvrière consacre à Bacchus et le dimanche et le lundi. De là, l'idée si facilement admise par elle que le vin était empoisonné.

Quoi qu'il en soit de l'une ou de l'autre des deux hypothèses que nous avons établies, elles peuvent cadrer également avec la présence d'un miasme et ne le contredisent nullement.

La mésentéro-céphalée est donc pour nous un véritable empoisonnement miasmatique, et nous la plaçons entre le choléra-morbus, dont elle emprunte les premiers symptômes, et le typhus, dont elle se rapproche par sa cause probable. Elle nous semble le degré qui conduit de l'un à l'autre ou mieux l'anneau qui les unit et nous permet de supposer, si non l'identité parfaite, au moins l'analogie des causes productrices de ces deux maladies.

Traitement. — Favoriser les efforts expulsifs de la nature et combattre les congestions, telles sont les indications qu'il faut s'appliquer à remplir.

Pour satisfaire à la première de ces indications, et je ne veux ici que raconter ce que j'ai fait sans le donner comme une règle à suivre, j'ai donné dès le début de la maladie l'ipécacuanha à la dose de 12 grains dans ℥ iv de potion gommeuse à prendre dans les 24 heures, une infusion de mauve tiède et au moins trois lavemens dans la journée; chez les très-jeunes enfans, je me suis borné au sirop d'ipécacuanha, par cuillerées à café d'heure en heure.

Sous l'influence de cette médication, les vomissemens et les garde-robes se multipliaient; mais, loin que le malade en fût incommodé, j'ai toujours vu la somnolence qui l'accablait l'abandonner, la respiration devenir plus libre, les yeux reprendre leur expression naturelle, en un mot, toute l'économie rentrer dans l'ordre.

Malheureusement, cette médication si puissante n'est efficace que dans les premiers momens. Aussitôt que la réaction inflammatoire du tube intestinal est commencée, elle ne fait plus que l'augmenter, et, dans ce cas, je l'ai vue ballonner le ventre sans dégager la tête.

Ce moment de l'empirisme écoulé, j'ai agi selon les circonstances et recouru, pour satisfaire en même temps aux deux indications énoncées ci-dessus, aux saignées locales et générales qui préviennent ou détruisent les congestions et facilitent la désinfection du sang qui reste, si tant est que les miasmes soient mêlés à ce véhicule de la vie; aux médicamens sialagogues, diurétiques, minoratifs, diaphorétiques, propres à l'expulser; aux amers propres à les neutraliser et en particulier au quinquina et à ses préparations, surtout quand les rémissions étaient bien marquées. Enfin, j'ai agi sur la peau à l'aide des frictions avec l'alcool camphré, à l'aide des sinapismes, à l'aide des vésicatoires volans, à l'aide de ventouses sèches ou scarifiées.

J'ai voulu frapper fort, de peur de n'être pas entendu, et frapper à toutes les portes pour demander secours à tout l'organisme.

J'ai quelquefois réussi, quelquefois échoué, mais je ne doute pas que si j'eusse été appelé dès le début je n'eusse pu sauver un beaucoup plus grand nombre de malades. C'est dans les empoisonnemens surtout qu'on peut dire avec toute vérité *occasio præceps*.... et cette occasion passée ne se retrouve plus.

Observations.

Obs. I. — La famille G.... habite, au n° 25 de la rue de la Calandre, un logement composé d'une seule pièce obscure, au rez-de-chaussée, à peine au niveau du sol, et ne recevant de jour que par la porte d'entrée et une fenêtre placée en regard de celle-ci et donnant sur une petite cour carrée, habituellement remplie d'immondices.

Ce n'est pas la misère qui oblige cette famille à demeurer dans une habitation aussi malsaine. Mais le père est vannier et la fraîche humidité du logement est nécessaire à son travail de tous les jours. Du reste, laborieuse et de bonnes mœurs, elle peut se donner le nécessaire et n'a contre elle que l'insalubrité de sa demeure.

Au mois d'avril 1834 (le 17), un des deux enfans de cette famille, Mlle..., âgée de 6 ans et jouissant habituellement d'une bonne santé, fut prise, sans cause connue, de malaise général, de nausées, de vomissemens et de diarrhée.

Les parens ne virent d'abord dans ces symptômes qu'une simple indigestion et lui opposèrent ce qu'on donne vulgairement en pareille circonstance, de l'eau sucrée d'abord, puis du thé. Cependant, les jours suivans, comme l'estomac ne pouvait rien supporter, comme la jeune malade accablée par une somnolence habituelle ne répondait qu'avec peine, ne se mouvait qu'avec lenteur, ils me firent appeler.

Quand j'arrivai (c'était le 20 avril) la figure de cette jeune fille avait une expression remarquable de tristesse et d'abattement. Ses yeux enfoncés dans leurs orbites, cernés d'un cercle bleuâtre et légèrement injectés, donnaient au regard quelque chose de singulier. La tête était douloureuse, lourde et embarrassée, la peau chaude et couverte d'une moiteur qui la rendait terne, surtout sur les mains; le pouls fréquent et petit, la respiration mêlée de fréquens soupirs et comme gênée par un poids sur la poitrine, poids dont la petite malade accusait la sensation.

Je trouvai la langue blanche sur sa face supérieure, un peu plus rouge que d'ordinaire à sa pointe et sur les bords; la région épigastrique légèrement douloureuse, le reste du ventre souple et indolent.

Les vomissemens et la diarrhée continuaient. La sécrétion des urines n'était pas sensiblement altérée.

L'auscultation et la percussion ne faisaient découvrir rien d'anormal dans la poitrine.

Je prescrivis une application de 6 sangsues à l'anus, une infusion chaude de fleurs de mauve édulcorée avec du sirop de gomme, pour boisson; trois demi-lavemens de décoction de graine de lin dans les vingt-quatre heures, des cataplasmes émolliens sur le ventre, des sinapismes aux jambes et de l'eau froide et vinaigrée sur le front.

Le lendemain, les symptômes n'étant point amendés, une nouvelle application de sangsues fut faite à la région épigastrique et la limonade gazeuse substituée à l'infusion de mauve, car celle-ci avait été rejetée comme tous les autres *ingesta*.

Cette surexcitation gastrique céda pourtant, mais les symptômes cérébraux persistèrent. L'abattement et la somnolence devinrent plus forts, la respiration plus anxieuse. Il semblait que le cerveau ne donnât plus qu'une excitation insuffisante à l'économie en général et au système pulmonaire en particulier, que lui-même, offusqué par le miasme délétère, fut frappé de stupeur et comme engourdi.

En résumant tout ce qui s'était passé et le traitement employé, je ne pus pas croire que cet état fût la conséquence du traitement employé, puisqu'il l'avait précédé. Je pensai au contraire que les forces du cerveau étaient plutôt opprimées que détruites, et qu'en le dégageant de la congestion que je supposais, je devrais obtenir d'heureux résultats.

Je fis en conséquence appliquer de nouvelles sangsues aux apophyses mastoïdes et des vésicatoires aux cuisses. Je prescrivis des frictions sur le tronc et les membres avec l'eau-de-vie camphrée; je cherchai à ranimer les sécrétions intestinales et rénales à l'aide du calomel et du nitrate de potasse, à l'aide de lavemens rendus purgatifs avec le sel de Glauber, le séné ou le miel de mercuriale.

Les vésicatoires se couvrirent d'une couenne grisâtre, déterminèrent un gonflement pseudo-phlegmoneux à leur circonférence et ne fournirent que de la sanie fétide.

Les autres moyens bien qu'employés avec constance ne purent tirer le cerveau de son fatal engourdissement.

Comme chaque jour on observait une légère rémission dans la matinée, je choisis ce moment pour faire prendre du sulfate de quinine, et la dose en fut portée jusqu'à douze grains dans une potion cordiale à prendre dans l'espace de trois heures.

J'y fis joindre l'action de l'éther à la dose d'un demi-gros dans un demi-lavement. Tout cela fut complétement inutile. La malade maigrit avec rapidité et parvint presque au marasme en moins de 20 jours que dura la maladie. Elle eut jusqu'au dernier moment sa connaissance entière. En la tirant de son engourdissement elle répondait juste et paraissait jouir de l'intégrité de ses sens.

Cependant une nuit, ce fut la dernière, la face devint violette, les yeux se renversèrent, les lèvres et les membres s'agitèrent de quelques mouvemens convulsifs, il vint de l'écume à la bouche. On crut que la malade allait passer. Elle revint cependant à son état premier. Mais bientôt de nouvelles crises aggravèrent sa position et ce fut après l'une d'elles que ma petite malade expira.

(*La suite au prochain numéro.*)

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE

MÉDECINE.

MARS 1836.

Recherches cliniques pour servir à l'histoire des maladies des vieillards; faites à la Salpêtrière; par MM. Hourmann, agrégé de la Faculté, médecin du Bureau central, et Dechambre, interne des hôpitaux. (3e *Mémoire*).

PNEUMONIE DES VIEILLARDS.

1re. *partie.* — *Caractères anatomiques.*

L'inflammation du parenchyme pulmonaire est, de toutes les maladies aiguës que nous observons chez nos vieillards, sans contredit la plus commune et la plus grave. Distincte, d'ailleurs, par des symptômes locaux dont la spécialité ressort de celle de l'organisation de l'appareil respiratoire, souvent dissimulée sous la bénignité apparente des troubles généraux, souvent encore offusquée par l'affaissement profond de la *fièvre adynamique*, cette inflammation, qui se traduit d'ordinaire si clairement au diagnostic chez l'adulte, peut échapper ici à l'observation la plus attentive. Enfin, il n'est pas jusqu'aux lésions anatomiques qui n'aient des caractères propres. Aussi, même à l'occasion de la pneumonie, est-il essentiellement vrai de dire que la pathologie du vieil âge n'offre encore que des élémens épars qu'il est urgent de rassembler et de coordonner.

Nous consacrerons cette première partie de notre travail à l'examen des lésions anatomiques, dont les détails et les inductions qui peuvent en découler nous ont paru réclamer un exposé minutieux.

Siége d'une fluxion habituelle sur laquelle nous reviendrons à l'article de *l'étiologie*, les poumons des vieillards présentent constamment et en dehors de tout *molimen* inflammatoire, une injection vasculaire plus ou moins marquée, en sorte qu'il sera toujours difficile d'établir sur le cadavre le début et souvent même les progrès de la pneumonie, si l'on ne s'aide du commémoratif de toutes les circonstances de la maladie, et si l'on n'a recueilli avec le plus grand soin tous les documens fournis par leur ensemble. Mais avant de rechercher à quelles conditions les congestions sanguines dans les poumons des vieillards se rattachent à l'inflammation, examinons d'abord les diverses formes sous lesquelles on les observe, en commençant par le *simple engouement.*

§ Ier. *Engouement simple des poumons chez les vieillards.* — Dans un premier degré de congestion, la rougeur est assez intense, la crépitation est sensible, le poumon surnage complétement à l'eau. Quand on l'incise, il s'écoule une sérosité sanguinolente et spumeuse abondante. Point de changement dans la consistance; les cloisons interlobulaires restent distinctes. — Dans un degré plus avancé, la rougeur du parenchyme est de plus en plus foncée. La consistance n'a, du reste, subi encore aucune modification; la crépitation est toujours sensible, et la surnatation à l'eau, complète. Le liquide séro-sanguinolent qui s'écoule à l'incision n'a pas cessé d'être spumeux.

Dans un dernier degré d'*engouement*, le poumon est livide, les lobules sont à peu près confondus. Le volume du parenchyme est accru. C'est alors que la cohésion du tissu est souvent notablement affaiblie. Un liquide noirâtre s'écoule sous le tranchant du scalpel; toutefois on y distingue toujours des bulles d'air. La crépitation n'est plus sensible au toucher qu'autant que la pression est très-modérée, et alors elle est nulle pour l'ouïe. Pour peu que la pression soit brusque et forte, la crépitation disparaît entièrement; seulement de temps à autre elle éclate tout à coup avec bruit, mais isolément et disséminée. Le poumon plongé dans l'eau surnage un peu moins que dans les cas qui précèdent.

La dessiccation des lames du poumon, dans ces divers degrés de congestion sanguine, démontre évidemment la perméabilité conservée des cellules, mais il est remarquable d'observer leur rétrécissement progressif, en raison de l'abondance de l'injection vasculaire.

Pour bien apprécier ce rétrécissement des cellules, il importe d'ailleurs de tenir compte des variétés typiques d'organisation. Dans les poumons à cellules larges, mais arrondies encore et nettement limitées, le rétrécissement peut être porté jusqu'à l'oblitération prochaine. Dans les poumons à cellules déchirées et irrégulières, la réduction, quoique très-marquée, n'aboutit jamais au même terme.

Un fait encore qui nous a frappés, c'est la disposition de l'injection sanguine qui présente les vaisseaux soutenus par une trame manifeste, et permet, en outre, d'apprécier avec exactitude, comme nous l'avons dit (*V.* 1er Mém., *Arch.*, août 1835), les variations

notables qu'entraîne la raréfaction sénile dans la vascularité des poumons. Ainsi, des tranches de poumons engoués, desséchées et examinées à la loupe, ont laissé voir les cloisons qui circonscrivent les cellules et les lamelles suspendues dans leur aire, pénétrées d'arborisations de plus en plus ténues et multipliées, suivant le degré de la congestion sanguine, mais en même temps que nous retrouvions cette progression constante dans l'intensité de l'injection vasculaire, quel qu'ait été le type des poumons, il nous à toujours été facile de reconnaître que *l'abondance* des arborisations a diminué en proportion de la raréfaction du tissu.

§ II. *Congestion sanguine avec imperméabilité du parenchyme pulmonaire.* — Les poumons des vieillards devenus imperméables par l'intensité de la congestion sanguine, se présentent sous deux aspects qui constituent deux formes parfaitement distinctes. Dans l'une, le parenchyme compact n'offre à l'incision ou à la déchirure qu'une surface lisse où l'on recherche en vain les granulations qui sont regardées comme le cachet anatomique de la pneumonie. Dans l'autre, au contraire, cet aspect granulé est extrêmement prononcé.

Première forme.—Le parenchyme pulmonaire, d'une couleur foncée, souvent d'un bleu d'azur et parfois noirâtre, offre une coupe homogène et d'un poli remarquable. Les cloisons lobulaires sont effacées ; le poumon ne crépite plus. Tantôt résistant à la pression, il a acquis une véritable élasticité qui permet de le ployer en tous sens comme un morceau de caoutchouc; tantôt, au contraire, ramolli, il cède à la pression et se réduit en détritus. Plus rarement boursouflé et fongueux, il rappelle tout à fait l'état des poumons décrit dans les fièvres graves. Quand on coupe les poumons dans cette forme d'imperméabilité, il ne s'écoule point de sang, mais une sérosité fluide ou visqueuse, presque limpide, souvent rougeâtre et nullement spumeuse.

La compression exercée dans le premier cas avec lenteur et constance sur des tranches de poumon ainsi congestionné, affaisse le tissu d'une manière notable, et ne fait qu'accroître sa souplesse et son élasticité. Si l'on dessèche les portions malaxées, on découvre que les cellules tendent à reparaître sans avoir éprouvé d'autre changement qu'un rétrécissement, d'ailleurs très-marqué, et c'est alors qu'on voit clairement avec la loupe, dans les intervalles qui les séparent, la congestion sanguine considérable qui épaissit leurs cloisons, et se propage en s'affaiblissant dans les membranules de leur centre.

2e *forme.* — *Engorgement sanguin granulé (hépatisation rouge).* — Les granulations rouges sont de deux sortes. Dans le premier cas, régulières et bien dessinées, elles dépassent sensiblement en volume les granulations de la pneumonie de l'adulte ; quelquefois même elles ressemblent à autant de petits mamelons rouges, bien arrondis et séparés par des sillons profonds. Dans le second cas elles sont encore saillantes, mais moins régulièrement tracées. Leur forme ne se juge pas aussi nettement au premier coup-d'œil, et l'on suit moins facilement les lignes qui les séparent, comme si elles tendaient à se confondre par une sorte de confluence.

Dans la majorité des cas, la friabilité qui accompagne l'hépatisation rouge du poumon chez le vieillard, est loin d'égaler celle qu'on observe dans la pneumonie des adultes. Le tissu pulmonaire offre même une résistance notable, et se laisse facilement diviser en tranches minces et flexibles. Mis dans la paume de la main, un morceau de poumon hépatisé ne donne pas non plus chez le vieillard ce sentiment de pesanteur qu'il donne chez l'adulte, et qu'on pourrait supposer au premier abord; aussi gagne t-il rarement le fond de l'eau quand on l'y plonge. Tantôt il s'y enfonce plus ou moins profondément, tantôt il reste presque complétement à sa surface. Cette absence d'un caractère si invariablement attribué à l'hépatisation, mérite d'être remarquée, et l'on pourra s'en rendre compte, peut-être, si l'on se rappelle ce que nous avons dit de la légèreté spécifique des poumons raréfiés par les progrès de l'âge.

Un autre fait, relatif à l'hépatisation rouge du poumon chez les vieillards, c'est qu'à l'incision il s'écoule constamment une quantité variable, et souvent abondante, de sérosité non spumeuse et souvent à peine rosée.

Nous avons soumis le poumon hépatisé à la dessiccation, avec ou sans compression préalable, et les lames que nous avons détachées, demi-transparentes et d'une teinte rouge uniforme ou inégale, et comme marbrée, sont restées complétement opaques. Vues à contre-jour, ces lames ressemblaient parfaitement aux écailles minces qui servent à la confection de certains peignes.

§ III. *Suppuration du poumon.* — On peut faire, à propos de la suppuration du poumon, relativement à l'aspect que présente le parenchyme, la même distinction que nous avons signalée dans l'engorgement purement sanguin. Ainsi, le poumon en suppuration présentera à l'incision ou à la déchirure, tantôt une surface plane et unie, tantôt des granulations plus ou moins saillantes.

Sous le premier rapport, nous avons constaté deux variétés de suppuration.

1° Au milieu de l'engorgement rouge du poumon, on peut apercevoir des traînées ou des plaques d'un blanc grisâtre, irrégulières, qui ne font aucun relief, et qu'on reconnaît de suite pour du pus, mais il paraît comme à travers une gaze légère. En pressant avec l'ongle, on peut le déplacer et le faire voyager dans le tissu pulmonaire jusqu'à la superficie où il paraît transsuder. Après cette expression le tissu recouvre sa souplesse dans tous les points où a existé la matière purulente, et si on le fait dessécher, les cellules reparaissent dans ces mêmes points ; la compression a ramené leur perméabilité. Si, au contraire, on n'exerce aucune pression, la dessiccation ne donne partout que des lames compactes d'une teinte rose mêlée de gris-cendré.

2° D'autres fois, la présence du pus donne un autre aspect à l'engorgement pulmonaire ; c'est un mélange bigarré de rouge et de blanc terne, d'une apparence gra-

nitique fort singulière. La matière est disposée par taches d'une à deux lignes de diamètre, bien limitées. La pression avec l'ongle ne la déplace plus, mais avec la pointe d'une lancette on en opère aisément l'énucléation. Ainsi extraite, elle a la consistance de l'albumine cuite, et donne la même sensation quand on l'écrase entre les doigts. Sa couleur mate se rapproche de celle de l'ivoire un peu jauni. Nous ne l'avons jamais trouvée diffluente depuis que notre attention est fixée sur cette altération, mais notre souvenir nous représente fort bien plusieurs cas de suppuration du poumon avec une disposition qui nous avait paru singulière, et que nous ne pouvons rapporter qu'au cas qui nous occupe; toutefois de nouvelles recherches sont ici nécessaires (1).

Après l'extraction de la matière concrète qui constitue ces taches, il devenait évident qu'elle était contenue dans des vacuoles irrégulières dont on appréciait exactement la circonscription. Leurs cloisons étaient d'un rouge foncé, mais n'avaient perdu que peu de leur souplesse et de leur résistance, car on pouvait les saisir avec une pince et même les tirailler sans les déchirer. Nous nous sommes assurés, d'ailleurs, que la matière ne se prolongeait pas dans l'intérieur des petites ramifications bronchiques.

Suppuration avec granulations (hépatisation grise).— Beaucoup plus fréquente, elle se distingue encore du troisième degré de la pneumonie de l'adulte, par le volume des granulations qui cependant est beaucoup moindre que dans l'hépatisation rouge.

L'affaissement des granulations grises peut même aller en certains points, jusqu'à leur disparition, et souvent alors on trouve à leur place de petites cavités pleines de pus, véritables abcès commençans. L'amincissement atrophique des parois des cellules devait, en effet, rendre leur destruction facile; cependant les abcès étendus des poumons se sont rarement offerts à notre observation; dans l'espace de deux ans, malgré le nombre des autopsies auxquelles nous avons assisté ou que nous avons faites nous-mêmes, nous n'en avons rencontré que deux exemples, d'ailleurs fort remarquables, l'un d'eux surtout, qui occupait la plus grande partie du poumon droit, et sur lequel nous reviendrons à l'article des symptômes.

Du reste, la friabilité du poumon à l'état d'hépatisation grise est extrême. Le tissu se réduit en pulpe sous la moindre pression, et le pus coule avec abondance. Cet écoulement se fait même à la simple incision, et le pus ruisselle quelquefois comme d'un foyer, ce qui pourrait faire croire à l'existence d'un ou plusieurs abcès, quoiqu'il n'y ait aucune excavation dans le parenchyme.

Nous devons mentionner maintenant une variété de granulations grises qui, nous le pensons, n'a jamais été décrite encore, et qui nous paraît appartenir exclusivement aux vieillards. Dans un cas, le seul de ce genre qui soit tombé sous nos yeux, le poumon, d'un volume et d'une densité insolites, était en même temps d'une grande flexibilité : il semblait qu'on maniât un morceau de lard un peu desséché. Le doigt s'y enfonçait difficilement; les lobules pulmonaires étaient transformés en granulations arrondies d'un volume remarquable, et formant des groupes de mamelons séparés et comme bridés par des cloisons communes. Un grand nombre de ces mamelons étaient rouges; la couleur des autres n'était pas tout à fait celle de l'hépatisation grise ordinaire. Leur teinte générale était d'un jaune tendre assez analogue à celle de la graisse en partie décolorée. On pouvait presser fortement ces granulations sans les écraser, et c'est alors principalement qu'au sentiment de résistance et d'élasticité qu'on éprouvait, on aurait cru presser un tissu lardacé. Par cette manœuvre, on faisait sortir, des rameaux bronchiques les plus ténus, béans à la surface de l'incision, une matière tenant le milieu pour la consistance entre le véritable pus et le produit de l'expectoration dans les vieux catarrhes, et d'une couleur tout à fait analogue à celle des granulations. A mesure que cette matière s'échappait, on voyait (chose digne d'attention) le morceau de poumon devenir peu à peu moins compact, et présenter une élasticité de plus en plus marquée sous le doigt. En l'examinant de près, on voyait que les granulations jaunes elles-mêmes devenaient moins volumineuses, moins serrées, plus à l'aise, en quelque sorte, entre leurs cloisons. Quelques-unes disparurent même presque complétement.

Nous avons pris deux morceaux de ce poumon, l'un ainsi préparé, l'autre laissé tel que nous l'avions trouvé sur le cadavre, et nous les avons soumis tous deux à la dessiccation. Le dernier ne nous a donné que les lames cornées que nous avons décrites. Au contraire, les lames extraites du premier étaient percées d'une multitude de petits trous irréguliers qu'on ne peut considérer que comme la trace des cellules pulmonaires incomplétement rétablies.

Sur plusieurs autres poumons appartenant au type premier, nous avons rencontré çà et là de petits ilots de granulations grises avec ces deux circonstances capitales : 1° que les granulations étaient peu serrées et sans mélange de granulations rouges; 2° que le tissu ambiant était tout à fait exempt même de simple engouement. Dans deux ou trois cas de ce genre, où des amas de mucosités épaisses remplissaient les canaux bronchiques et les dilatations partielles qu'ils présentaient précisément aux environs des granulations, la pression fit surgir à la surface de l'incision une foule de globules de mucosités grisâtres qui venaient boucher l'orifice des petites bronches béantes, et dans ces cas encore nous pûmes faire disparaître complétement dans beaucoup de points l'état granuleux. Le tissu pulmonaire n'avait subi aucune déchirure; il avait repris toute sa souplesse et son aspect normal.

(1) M. le docteur Prus a constaté très-souvent à Bicêtre, que la suppuration dans les poumons des vieillards (hommes), commençait par des dépôts d'une matière concrète, dont la description, qu'il a bien voulu nous communiquer, rentre tout à fait dans celle que nous donnons ici. Nous n'avons pas besoin de dire combien nous aimons à étayer nos observations de celles de M. Prus.

Après cette description des principaux points de l'histoire anatomique des divers engorgemens sanguins et purulens du poumon chez les vieillards, il reste encore plusieurs particularités assez importantes à signaler.

1° Le poumon malade, surtout s'il appartient au premier type (*voy.* 1er Mém.), acquiert ordinairement un volume considérable. Mais nous avons fait à cet égard une observation : il nous est arrivé assez fréquemment de déclarer d'abord parfaitement sains des poumons du type second, que nous trouvions en effet revenus sur eux-mêmes, affaissés contre la colonne vertébrale, et dont le lobe inférieur ne paraissait pas autrement coloré qu'il ne l'est dans le plus simple engouement cadavérique. Mais si nous venions à y porter le scalpel, nous étions tout étonnés de trouver ce lobe en grande partie envahi par des granulations rouges et grises que la pression réduisait en détritus.

2° Les congestions, soit sanguines, soit purulentes des poumons, occupent le plus souvent une grande étendue chez nos vieilles femmes ; et c'est une chose vraiment extraordinaire quelquefois, que la persistance de la vie, quand la plus grande partie de la surface respiratoire a cessé presque tout à coup de fonctionner. Dernièrement encore, sur un cadavre, nous avons trouvé le poumon droit et le lobe inférieur du poumon gauche, à l'état d'hépatisation grise dans toute leur étendue, et le lobe supérieur gauche, semblable à un appendice, était gorgé de sang et d'écume bronchique.

3° L'engorgement affecte très-rarement la forme *lobulée*. Mais il est assez commun d'observer des *noyaux* granulés, presque toujours multiples, qui respectent peu les cloisons lobulaires et se confondent par nuances plus ou moins sensibles avec le parenchyme, presque toujours alors dans un degré avancé d'engouement. Ces *noyaux* se rencontrent le plus souvent vers le bord postérieur du poumon. Quant à la forme dite *vésiculaire*, elle est plus rare encore chez nos vieilles femmes. Dans un cas, cette forme de l'engorgement pulmonaire offrait, sur plusieurs points, une disposition curieuse dont nous fûmes vivement frappés, nous et plusieurs élèves présens à l'autopsie. Les granulations volumineuses et serrées étaient réunies par groupes au nombre de 4 à 5, distincts les uns des autres de deux lignes environ. Chacune de ces petites tumeurs, très-friable, de la grandeur d'une lentille, avait, par son aspect grenu, sa couleur rouge, sa forme un peu plus qu'hémisphérique, la plus grande ressemblance avec une petite framboise ou une petite fraise. Dans un des points où existait cette disposition, on voyait distinctement un canal très-délié dont il était impossible de reconnaître la nature, mais vide et aplati, dirigé parallèlement à la surface de l'incision et à fleur de son niveau, envoyer une petite ramification plus fine encore à chacun de ces groupes. Nous rappellerons plus bas cette observation.

C'est là que se termine l'exposé des diverses formes que peuvent affecter les lésions qu'entraîne la congestion sanguine et la production du pus dans le poumon des vieillards. Nous n'avons pas voulu jusqu'à ce moment scinder nos descriptions par l'examen des questions qu'elles soulevaient ou qu'elles étaient appelées, peut-être, à éclaircir. A présent que nous avons sous les yeux leur tableau complet, nous allons essayer de faire cet examen d'une manière succincte et raisonnée.

Notre premier soin a été de rapprocher des variétés typiques d'organisation que nous avons signalées dans le parenchyme pulmonaire des vieillards (1er Mém.), les diverses formes des lésions que nous venons d'étudier. En observant l'absence des granulations chez des sujets dont la maladie avait marché avec tous les accidens de la pneumonie, nous nous étions demandés si l'extrême raréfaction du tissu, telle qu'on l'observe dans le troisième type, par exemple, ne pouvait pas être la cause de cette disposition. Des recherches faites dans ce sens nous ont bientôt permis d'apprécier jusqu'à quel point ces conjectures étaient fondées. Voici, en effet, ce que nous constatâmes en faisant dessécher des portions restées saines au milieu de poumons malades.

L'état dans lequel le poumon congestionné devient imperméable, avec ou sans friabilité, mais sans prendre d'aspect granuleux, dans lequel, à un degré plus avancé, le pus apparaît en plaques ou traînées qu'on peut faire voyager en masses dans l'intérieur des lobules, jusqu'à ce qu'elles soient arrêtées par les cloisons ; cet état, disons-nous, nous l'avons rencontré dans les trois variétés de la raréfaction pulmonaire.

Celui dans lequel l'imperméabilité *non granulée* est suivie du dépôt au sein de larges vacuoles, d'une matière demi-concrète qu'on peut aisément énucléer avec la pointe d'une lancette, ne s'est jamais offert à nous que dans les poumons du troisième type, où l'on ne trouve plus qu'un assemblage confus de cellules irrégulières.

Enfin, nous n'avons jamais vu les granulations rouges ou grises dans les poumons de cette dernière variété. Ceux de la première et de la seconde nous ont paru en être le siége exclusif ; et un fait non moins digne d'attention, c'est que les granulations elles-mêmes sont très-différentes suivant qu'elles appartiennent à des poumons de l'une ou de l'autre de ces deux variétés. C'est en effet dans des poumons dont la texture est caractérisée par la régularité et la forme arrondie des cellules, que les granulations apparaissent comme de petits mamelons réguliers et bien circonscrits, tandis que c'est dans les seconds où commence déjà la déformation des cellules, qu'on trouve les granulations irrégulières et presque confluentes.

Quelles conséquences tirer de ces faits?

1° Le pus épanché en nappe et susceptible de déplacement sous la pression de l'ongle, siége évidemment en dehors des petites bronches lobulaires, ou, si l'on veut, des parois membraneuses des cellules qui les représentent. Sans cela, au lieu de voyager par petites masses dans l'intérieur du parenchyme, le pus viendrait sortir au niveau des surfaces incisées en petites gouttelettes isolées, comme cela a eu lieu dans les cas où nous avons pu faire disparaître par pression les granulations grises. D'ailleurs, si la matière purulente était contenue dans les extrémités des divisions bronchiques, loin d'être arrêtée par les cloisons interlobulaires, la pres-

sion ne la chasserait-elle pas, au contraire, dans les canaux d'un plus gros calibre qui rampent au milieu de ces cloisons. Et comment ne pas remarquer ici l'analogie qui existe entre cette disposition du pus et celle que Laënnec a assignée aux bulles d'air qu'il dit être extravasées dans l'emphysème, appelé par lui *inter-vésiculaire*? Ne sont-ce pas exactement les mêmes caractères? L'air et le pus ne se déplacent-ils pas de la même manière sous la pression? Ne s'arrêtent-ils pas de même quand ils rencontrent les cloisons lobulaires?

C'est dans le tissu que Laënnec nomme intervésiculaire (1), que siége le pus dans la forme de suppuration dont nous nous occupons. L'analogie porte déjà à admettre qu'il en est de même de la congestion purement sanguine qui la précède et l'accompagne. Mais cette opinion est de plus en plus étayée par le résultat de la dessiccation, qui montre, comme dans le simple engouement, la conservation des cellules, le peu d'injection de leurs membranules, et l'engorgement considérable au contraire des vaisseaux qui se ramifient dans l'intervalle qui les sépare. Nous prévenons, au reste, que cette expérience doit être faite avec de grands ménagemens, car si l'on fait subir aux tissus une compression préliminaire trop forte, ils s'affaissent ou se déchirent, leurs élémens se confondent, et privés de souplesse ne reparaissent plus après la dessiccation.

2° Nos observations, en établissant l'influence exercée par la forme changeante des cellules sur la forme, et, qui plus est, sur la production des granulations, tendent à démontrer, au contraire, que c'est bien dans les cellules mêmes, soit dans leur cavité, soit dans l'épaisseur de leurs parois membraneuses, que doit être placé le siége de ces granulations. Elles sont arrondies ou irrégulières, suivant les cellules qu'elles occupent, et l'on conçoit surtout pourquoi nous ne les avons jamais rencontrées dans les poumons du troisième type. La granulation est impossible là où l'élément anatomique qui doit la former en se développant, est complétement désorganisé.

La compression et la dessiccation donnent à cette opinion un nouveau cachet de vérité. Jamais, avons-nous dit, ces manœuvres n'ont rien changé à l'état granuleux; jamais elles n'ont rétabli les cellules, ni dans tous les cas d'hépatisation rouge sans exception, ni dans ceux d'hépatisation grise *accompagnée de friabilité*, ce qui prouve indubitablement que, dans tous ces cas, la lésion constitutive des granulations occupait la place même des cellules. La dessiccation ne montre pas, il est vrai, que cette lésion n'occupe point également les intervalles qui les séparent, puisque les lames desséchées paraissent alors uniformément compactes et toutes cornées; mais cela se conçoit sans peine si l'on remarque l'extrême rapprochement des granulations dès leur début, et leur contact immédiat après leur entier développement.

Enfin la disparition, dans quelques cas, de granulations grises *non friables*, soumises à la compression et à la dessiccation, achève, par la manière dont elle s'opère, de déterminer leur véritable siége. On presse sur une granulation; il sort, non plus en nappe, mais en petites gouttelettes et par les rameaux bronchiques les plus voisins, un liquide épais de même couleur qu'elle, et la granulation disparaît; c'est donc le liquide qui la formait, et il la formait seul alors, car sa disparition est complète, et le tissu où elle siégeait est à peine injecté.

Ainsi semble résolue, du moins en partie, par l'observation, chez le vieillard, une question jusqu'ici indécise. Les travaux de Reissessen sur la structure du poumon, et ceux de M. le professeur Andral sur le siége et le mécanisme des râles muqueux et crépitant, avaient bien amené à supposer que des mucosités sanguinolentes ou du pus sécrétés par la muqueuse bronchique, accumulés dans les vésicules, donnaient naissance aux granulations rouges ou grises. « Mais, ajoute aussitôt M. Andral, ces idées n'ont en leur faveur que de simples probabilités. Pour que l'exactitude en fût assurée, il faudrait que l'on pût, le scalpel à la main, démontrer l'inflammation des vésicules. Or, c'est ce qu'on n'a pas encore fait, et c'est ce qu'il ne sera peut-être jamais possible de faire. »

Ce n'est pas, en effet, une démonstration de ce genre que nous prétendons donner; nous disons seulement que nos recherches établissent ce fait, que c'est bien dans l'intérieur de l'arbre respiratoire, à l'extrémité de ses ramifications lobulaires, qu'est contenue la matière des granulations. Mais c'est là tout ce que nous pouvons affirmer; car l'inspection de l'état pathologique ne nous a pas montré les vésicules plus positivement que ne l'avait fait l'inspection de l'état anatomique normal. Nous noterons cependant à ce propos l'observation rapportée plus haut, de la disposition en grappes et comme framboisée des granulations. Il suffisait d'avoir jeté un coup-d'œil sur les planches de Reissesen, pour être frappé d'une complète ressemblance entre cette disposition et celle qu'il assigne aux ampoules terminales des bronches.

M. Magendie pourrait répondre, il est vrai, que la granulation peut être formée par le dépôt au sein des aréoles qui résultent, selon lui, de l'intrication des vaisseaux, de la matière, soit sécrétée sur place, soit versée dans ces aréoles par les extrémités bronchiques qu'il pense se terminer et s'ouvrir dans les lobules; mais la raréfaction de tout l'arbre respiratoire chez le vieillard, nous a permis maintefois de constater l'existence des petites bronches au sein des lobules malades, comme nous l'avions déjà fait sur des poumons sains; et d'ailleurs nous demandons toujours pourquoi l'état granuleux n'a pas lieu dans notre première forme de

(1) Dans notre premier travail sur l'organisation du poumon des vieillards, nous n'avons admis, que d'une manière implicite, ce tissu lamineux que nie M. Magendie. Mais si l'anatomie normale ne le décèle pas d'une manière patente, l'anatomie pathologique ne permet pas de le révoquer en doute, quand on suit les progrès de l'injection hypérémique dans les lobules, et les divers degrés de l'épaississement des cloisons des cellules.

suppuration des poumons, où le pus siége pourtant aussi au milieu même des lobules.

Mais faut-il conclure de nos observations, que toutes les granulations pulmonaires soient dues, comme on l'a supposé, à l'amas au fond des canaux aériens, d'un liquide qui serait du sang plus ou moins pur dans un cas, ou du pus ou des mucosités purulentes dans l'autre? Non, assurément; car, nous l'avons dit, si dans ce dernier cas nous avons pu faire refluer le liquide par les bronches, jamais nous n'avons rien changé, même dans cette circonstance, au volume des granulations *rouges;* et cependant si elles n'avaient été autre chose qu'une gouttelette de mucosité sanguinolente emprisonnée dans une vésicule, cette mucosité, plus fluide que le pus, aurait dû refluer plus facilement par la compression. En outre, si l'on met de côté les cas exceptionnels d'état granuleux *sans friabilité*, il suffit d'examiner avec attention une granulation rouge ou grise, de la toucher et de la tourmenter avec la pointe d'une lancette, pour voir qu'on n'a pas affaire à une simple petite outre membraneuse distendue par un liquide, mais bien à un petit mamelon solide qui s'écrase entre les doigts; et ce n'est qu'après cet écrasement d'une matière pulpeuse qu'on voit s'échapper, dans l'hépatisation grise, une gouttelette de pus.

Voici donc en définitive, d'après ce que nous avons parfaitement distingué dans les poumons de nos vieillards, comment se forme, suivant nous, une granulation pulmonaire : d'abord simple injection de la membranule que nous avons décrite dans notre premier travail comme circonscrivant la cellule; sécrétion de mucosités plus ou moins sanguinolentes dans sa cavité; le poumon est encore perméable; il donne à la compression de la sérosité rougeâtre et spumeuse. Plus tard, pénétration par le sang, turgescence, espèce d'érection des parois de la cellule; oblitération de sa cavité; la perméabilité est détruite; le liquide qu'on exprime n'est plus écumeux. Enfin la suppuration se déclare, et en suppurant la granulation se dégorge, puis s'affaisse. Le pus se rassemble en gouttelettes à son centre, et la transforme en un petit abcès.

Nous ferons remarquer, en passant, combien cette série de phénomènes est conforme à ce qu'on observe dans la phlegmasie des muqueuses en général, et nous rappellerons en même temps ce que nous avons dit de la nature probablement entièrement muqueuse des dernières extrémités des bronches dans les lobules.

C'est seulement avec ces connaissances bien comprises, qu'il nous était permis d'aborder une question qui domine ce travail tout entier. Dans toutes nos descriptions, nous n'avons pas, à dessein, prononcé le mot de *pneumonie*, parce qu'en effet, avant de discuter la nature inflammatoire ou non des diverses lésions que nous avons passées en revue, il était nécessaire d'apprécier avec toute l'exactitude possible, et l'aspect et la composition anatomique propres à chacune d'elles.

Examinons, donc, sous ce point de vue important, toutes ces lésions considérées successivement dans leur forme *plane* et dans leur forme *granulée*.

1° *Forme plane.* — La question des congestions passives du poumon pendant la vie devait, comme beaucoup d'autres, recevoir sa solution de l'étude de la pathologie spéciale du vieil âge. M. Piorry, par de nombreuses observations, a établi positivement ce point de la science. Il a démontré comment, par suite de l'affaiblissement de la contractilité organique du tissu, et en raison de la spongiosité du parenchyme, le sang abandonné en partie aux lois de la pesanteur, pouvait, malgré le mouvement circulatoire, être entraîné dans les parties déclives et y stagner. On peut constater à chaque instant à la Salpétrière l'exactitude des faits sur lesquels s'est fondé M. Piorry, et sur lesquels nous aurons occasion de revenir dans le cours de ce travail. Nous devons pour le moment nous en tenir aux caractères anatomiques, et examiner la valeur et la signification de chacun d'eux relativement à la détermination de la nature *active* ou *passive* de la congestion.

La *friabilité* du tissu n'est que d'une faible valeur pour juger ce point de discussion. Elle a lieu dans l'inflammation, mais il suffit qu'un malade ou même un cadavre ait séjourné quelque temps sur un côté, pour que la congestion et la friabilité se produisent dans la partie correspondante du poumon. Nos expériences à cet égard s'accordent avec toutes celles qui ont été faites et qui avaient amené cette conclusion. Nous ajouterons que, chez toutes nos asthmatiques qui passent assises les derniers jours de leur existence, cette friabilité avec congestion de la base des poumons est très-commune.

Les mêmes réflexions peuvent s'appliquer à *l'imperméabilité* du parenchyme. Seulement l'absence de la granulation constitue, dans ce cas, une probabilité de plus en faveur de la nature passive de la congestion, sans toutefois l'établir positivement, comme nous le verrons tout-à-l'heure.

Quant au siége de la congestion dans les parties déclives, il est loin de suffire pour faire rejetter l'idée d'une phlegmasie, car la pneumonie *granulée*, la plus incontestable se montre souvent vers le bord postérieur des poumons. On peut soutenir la nature inflammatoire de la congestion toutes les fois qu'elle occupe soit le bord antérieur, soit toute l'étendue de l'organe, quand, en même temps surtout, il n'existe dans le cœur ou les gros vaisseaux aucun obstacle à la circulation. Or, nous devons le déclarer, le premier degré de l'engouement est le seul que nous ayons observé dans de telles circonstances et avec de telles conditions. Jamais nous n'avons fait la même observation pour l'imperméabilité *planiforme*. A quoi donc s'en rapporter alors pour juger de la nature de la congestion? aux symptômes. Nous pouvons dire d'avance que, dans beaucoup de cas, leur invasion brusque et leur acuité ne permettent pas de révoquer en doute la nature active de cette congestion; mais ce n'est pas le lieu d'entrer dans plus de détails.

Enfin on a pu voir que la dessiccation nous avait montré la même forme d'injection vasculaire, variable seulement en intensité dans tous les cas d'imperméabi-

lité non granulée, comme dans ceux d'engouement simple. Les lames du poumon ainsi congestionnées, prises ou non autour de granulations bien saillantes au milieu d'un engorgement plane, au bord antérieur de l'organe, ne nous ont jamais offert de différences. Ainsi, sous ce rapport anatomique, les congestions actives et passives ne montrent encore entre elles aucune distinction.

Mais si toute la valeur de ces observations se réduit à ne pas repousser la possibilité d'une imperméabilité *planiforme* de nature inflammatoire dans la congestion purement sanguine, il n'en est plus de même dès que la suppuration est formée. L'inflammation peut seule, en effet, donner lieu à la suppuration et à la friabilité réunies.

Cependant la forme particulière de suppuration non granulée, dans laquelle le pus demi-concret est contenu dans des aréoles irrégulières, doit-elle être rapportée au troisième degré de l'inflammation? Si nous avions pu conserver quelques doutes à cet égard, ils se seraient dissipés en relisant le passage suivant de l'histoire de la pneumonie dans l'ouvrage de Laënnec (*Auscultation médiate*, t. I. p. 399) « D'autres fois... le pus, d'abord *concret* ou *plastique* comme les fausses-membranes, passe rapidement par divers degrés de ramollissement, etc. » Or, dans les cas que nous avons cités, c'était aussi une matière concrète et plastique plaquée au sein du parenchyme; et si l'on ajoute que les vieilles femmes chez qui nous l'avons constatée avaient offert les symptômes d'une maladie aiguë du poumon, on n'hésitera plus à penser qu'il s'agissait, comme dans les observations de Laënnec, du troisième degré de la pneumonie commençante (ce qui est bien en rapport avec le peu de friabilité des parois des cellules), mais modifié dans son aspect par l'organisation spéciale des cellules. Et malgré que Laënnec n'ait recueilli les faits dont il parle que chez les jeunes gens et les enfans, comme il n'avait pas constaté les résultats de l'altération sénile des poumons, et qu'il n'avait égard qu'à la pneumonie granulée, ses observations, circonscrites comme elles doivent l'être, sont de toute justesse, et s'accordent complétement avec les nôtres. Nous rappellerons d'ailleurs l'observation de M. Prus citée plus haut.

2° *Imperméabilité granulée.* — Ce que nous avons dit plus haut de la composition anatomique et du mode de formation de toutes les granulations rouges et grises que la pression ne fait qu'écraser, démontre évidemment la nature inflammatoire des unes et des autres. Il y a ici altération réelle de nutrition, travail moléculaire essentiellement actif. Mais en observant ces cas dans lesquels une compression ménagée fait disparaître certaines granulations grises, en repoussant dans les bronches la matière qui les formait, nous avons dû nous demander si l'existence de ces granulations entraînait toujours et nécessairement celle d'une phlegmasie locale; question toute nouvelle et qui ne doit pourtant pas étonner. En effet, une friabilité variable, mais toujours bien marquée, est une condition inséparable et en partie constitutive de l'hépatisation grise. Peut-on supposer que, dans les cas observés par nous, l'inflammation ait pu se développer et acquérir son dernier degré, sans ramollir non-seulement le parenchyme environnant, mais encore les élémens si délicats, si ténus, où elle siégeait? Ne vaudrait-il pas mieux croire que sous l'influence d'une simple bronchite, des mucosités plus ou moins semblables à du pus se déposent dans les petits rameaux; puis, que par un mécanisme analogue à celui par lequel Laënnec expliquait la production de l'emphysème, ces mucosités, trouvant accès dans les divisions les plus capillaires, peuvent, pendant les efforts de la toux, s'engager en rétrogradant jusqu'à leurs extrémités, pour y constituer des granulations. On conçoit dès lors comment ce mécanisme a dû être facilité par la dilatation de l'arbre respiratoire chez nos vieilles femmes.

Nous remarquerons cependant que dans le cas où les granulations grises ont seulement diminué de volume sous la pression, elles étaient accompagnées de granulations rouges, d'où il suit évidemment qu'une phlegmasie toute locale avait accompagné leur développement. Cependant en considérant la couleur jaunâtre des premières, sa ressemblance avec celle des mucosités exprimées par les petites bronches voisines, la persistance de l'élasticité et de la résistance du tissu, on est bien forcé d'admettre que l'aspect granulé ne représente pas exactement ici le degré d'inflammation auquel on a coutume de le rapporter.

Tout ce qui précède établit, ce nous semble, assez distinctement, chez les vieillards, l'existence de deux espèces de pneumonie, ainsi que les différences anatomiques qui les séparent; et pour nous résumer en quelques mots, la première espèce, constatée par la congestion sanguine *planiforme*, suivie d'abord d'imperméabilité du poumon, puis de la sécrétion d'une matière purulente mobile dans les espaces lobulaires, a son siége en dehors des canaux bronchiques dans le tissu lamineux qui les sépare. La seconde espèce occupe, au contraire, ces canaux eux-mêmes, et elle est due, soit à l'engorgement granuleux de leurs parois, soit au dépôt de la matière puriforme dans leurs cavités. Si ces cavités sont trop irrégulières, la granulation ne pourra se développer; mais l'état du poumon qui en résultera, s'il se rapproche sous ce rapport, de la première espèce de pneumonie, appartiendra évidemment à la deuxième par la nature de l'élément anatomique affecté. Cette dernière comprend donc, et l'hépatisation proprement dite, et cet état non granuleux du poumon dans lequel le pus est contenu dans les aréoles déformées du parenchyme.

Or, nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer ici l'insuffisance du langage scientifique dans lequel un seul mot, celui d'hépatisation, est destiné à exprimer toutes les formes anatomiques de la pneumonie, dont il ne représente pas même chez le vieillard une espèce tout entière.

Nous croyons donc, malgré notre éloignement pour le néologisme, que ce langage doit être rectifié. Et puis-

qu'il existe la plus grande analogie entre les deux espèces de pneumonie que nous signalons, et les deux espèces d'emphysème qu'a décrites Laënnec, nous ne pouvons mieux faire que de proposer pour les premières les dénominations généralement adoptées pour les secondes. Ainsi, la première espèce de pneumonie, nous l'appellerons *interrésiculaire ;* la seconde, qu'elle soit ou non granulée, nous l'appellerons *vésiculaire ;* tout en faisant nos réserves sur cette expression, l'existence des *vésicules* ne nous étant pas parfaitement démontrée.

Toutes ces considérations posées sur les caractères anatomiques de la pneumonie chez les vieillards, examinons désormais la question sous les rapports non moins importans de la fréquence de la maladie, de son siége dans les divers points de l'étendue des poumons, de l'état concomitant des bronches, des plèvres, etc.

Fréquence de la pneumonie chez les vieillards. — L'exposé des symptômes démontrera comme il est souvent difficile d'établir d'après eux d'une manière positive l'existence de l'inflammation du poumon chez les vieillards, et si l'on tient compte ensuite de tout ce que nous avons dit de l'obscurité du diagnostic jusque sur le cadavre, on comprendra qu'une statistique rigoureuse est tout à fait impossible à formuler ici ; nous ne présenterons donc que les bases d'un calcul qui exige bien d'autres élémens encore avant de cesser d'être purement approximatif. Quoi qu'il en soit, comme on va voir, la proposition qui commence ce travail, savoir : que la pneumonie est de toutes les maladies aiguës la plus imminente chez nos vieillards, cette proposition, disons-nous, reste tout entière.

Sur 636 observations, 110 fois à l'autopsie, on ne put constater qu'un simple engouement cadavérique de la base des poumons, et les malades n'avaient offert, pendant la vie, aucun signe de pneumonie ; elles avaient succombé à des affections de diverse nature, mais toutes étrangères aux poumons. 370 fois les malades guérirent après avoir présenté des signes de congestion parfaitement saisissables par les recherches de l'auscultation et de la percussion, mais, il est vrai, à la partie déclive du thorax, presque toujours après un décubitus prolongé, dans des conditions, en un mot, où la nature inflammatoire de la congestion pouvait être parfois contestée. 53 fois les malades guérirent encore ; mais les signes de la pneumonie se dessinèrent avec des traits si tranchés qu'ici ils ne permettaient plus le doute. 15 fois les malades moururent après avoir présenté ces signes non moins marqués ; mais l'autopsie n'en put être faite. 88 fois les malades ayant succombé, l'autopsie nous a montré les congestions sanguines des poumons, atteignant le degré d'imperméabilité complète du parenchyme ou sa suppuration.

Si maintenant nous voulons apprécier, d'après ces observations nécroscopiques, la fréquence relative des deux variétés de pneumonie que nous croyons devoir admettre chez les vieillards, voici ce que nous avons constaté :

De ces 88 cas, 18 seulement appartiennent à la variété *non-granulée* ou *inter-vésiculaire* de l'engorgement des poumons, et l'infiltration purulente n'avait lieu que chez cinq sujets. Les 70 restans nous ont offert l'engorgement granulé au plus haut point de développement. Ainsi, même en acceptant comme appartenant tous à la pneumonie les 18 cas de la première variété, on voit que la pneumonie *vésiculaire* est à la pneumonie *inter-vésiculaire* dans la proportion de 4 à 1, environ.

Siége de l'inflammation dans les poumons.—Si maintenant on recherche la fréquence des congestions des poumons sous le rapport du siége dans les divers points de l'étendue de ces organes, voici les résultats numériques de nos études, d'après les autopsies sur lesquelles nous nous appuyons :

1° *Côtés affectés.*

A. *Engorgement non-granulé.* — Dans 13 cas sans suppuration, l'engorgement existait 4 fois du côté droit, 3 fois à gauche, 6 fois des deux côtés. — Dans les 5 cas avec suppuration, nous l'avons trouvé 4 fois des deux côtés, 1 fois à droite seulement.

B. *Engorgement granulé.* — Dans les 70 cas que nous avons observés, l'engorgement siégeait : 29 fois du côté droit, 24 fois à gauche, 17 fois dans les deux poumons.

2° *Lobes.*

A. *Engorgement non-granulé.* — Des 13 cas sans suppuration, 10 occupaient le lobe inférieur, 1 le lobe supérieur, 2 les deux lobes à la fois. —Des 5 cas avec suppuration, 4 occupaient le lobe inférieur, 1 les deux lobes.

B. *Engorgement granulé.* — Dans le poumon droit, il occupait 15 fois le lobe inférieur, 10 fois le supérieur, 4 fois ces deux lobes.

Dans le poumon gauche, 5 fois le lobe inférieur, 17 fois le supérieur, 2 fois les deux lobes.

Dans les 17 cas où les deux poumons étaient malades en même temps, l'engorgement granulé occupait : 1 fois tous les lobes, 4 fois les deux lobes supérieurs, 6 fois les deux inférieurs, 3 fois les trois lobes droits et l'inférieur gauche, 1 fois les deux lobes gauches et le supérieur droit, 1 fois le supérieur droit et l'inférieur gauche.

3° *Bords.*

Relativement aux bords, nous avons trouvé pour *l'engorgement non-granulé*, qu'une fois le bord n'a pas été noté dans les 13 cas sans suppuration, que 11 fois le bord postérieur a été affecté, et 1 fois toute l'épaisseur du lobe inférieur droit. Dans les 5 cas avec suppuration, 2 fois le bord n'a pas été noté non plus, 2 fois la lésion occupait le bord postérieur, 1 fois toute l'épaisseur du lobe était malade, c'était encore l'inférieur droit.

Dans les cas d'*engorgement granulé*, le lobe supérieur des poumons seul affecté (37 cas), l'a été 25 fois dans toute l'épaisseur de l'organe jusqu'à la scissure ; 10 fois au bord antérieur exclusivement, 2 fois au bord postérieur.

Le lobe inférieur seul affecté (37 cas) l'a été 17 fois dans toute son épaisseur : 1 fois au bord antérieur, 15 fois au bord postérieur, 2 fois à la base même des poumons.

Quand la lésion occupait tous les lobes (13 cas), 2 fois ç'a été dans toute leur épaisseur, 1 fois au bord antérieur. 8 fois au bord postérieur. (Une fois le siége précis n'a été indiqué que pour le lobe inférieur, l'hépatisation avait lieu à la base), une autre fois il n'a été indiqué pour aucun des lobes.

Ainsi, en mettant de côté les cas où l'indication du siége a été négligée, ceux où la base seule de l'organe ou la totalité des lobes avaient été envahies, on trouve que l'engorgement non granulé (intervésiculaire) occupait constamment le bord postérieur, qu'il ait été avec ou sans suppuration, et que l'engorgement granulé (pneumonie vésiculaire) occupait 12 fois le bord antérieur et 25 fois le postérieur. Ce résultat considéré sous le rapport de l'influence de l'hypostase sur la production de la pneumonie, est déjà fort important. Mais il le deviendra plus encore si l'on remarque que, sur les 25 cas de la seconde série de l'engorgement granulé, 15 appartiennent à la pneumonie du lobe inférieur, 8 à la pneumonie double, et 2 seulement à celle bornée à l'un des lobes supérieurs; tandis qu'au contraire, des 12 cas de la première série, tous appartiennent à la pneumonie du lobe supérieur, à l'exception de 2 partagés entre la pneumonie double et celle du lobe inférieur. Nous reviendrons sur toutes ces circonstances à l'article de l'étiologie.

Etat des bronches. — La rougeur des bronches est constante dans la pneumonie des vieillards. Elle s'étend souvent jusqu'à la face inférieure de l'épiglotte et se prolonge toujours dans les divisions bronchiques aussi loin qu'on peut en poursuivre l'examen. Elle augmente même d'intensité à mesure qu'on approche des lobules, surtout aux environs du point enflammé.

Nous devons dire, au reste, qu'il est peu de cadavres de vieilles femmes qui ne nous aient présenté une rougeur plus ou moins vive et générale des bronches, quel qu'ait été le genre de mort.

Mais ce qu'il faut principalement noter, c'est la quantité quelquefois énorme des mucosités qui remplit la trachée et obstrue jusqu'au larynx. On en trouve même assez souvent en abondance dans l'arrière-gorge. Ces mucosités sont ordinairement épaisses, visqueuses, opaques, d'un blanc soit mat, soit cendré, quelquefois légèrement verdâtre ou plus souvent jaunâtres. Rarement les trouve-t-on sanguinolentes dans la trachée: cet état quand il existe ne se rencontre ordinairement que dans les petites divisions bronchiques. Cependant nous avons quelquefois vu les grosses bronches et même la trachée remplies d'un mélange de mucosités et de sang mal combinés, ou d'une espèce de purée uniformément colorée d'un rose tendre. D'autres fois les mucosités elles-mêmes ne contenaient pas de sang, mais celui-ci était étendu en une couche mince, demi-concrète, que le scalpel ramassait, le long de la face interne de la trachée.

Nous remarquerons ici que pendant les deux années qu'a duré l'observation des faits qui constituent les matériaux de notre travail, c'est principalement aux mois de mars et d'avril que nous avons noté cette extravasation sanguine dans l'intérieur des bronches.

Le tube aérien contient encore assez souvent une plus ou moins grande quantité de petits grumeaux de forme tout à fait irrégulière, plus ou moins aplatis, formés d'une matière concrète et blanchâtre, que les doigts écrasent assez facilement; mais leur histoire appartient plus spécialement à celle du catarrhe.

Etat de la plèvre. — Sur les 70 pneumonies *vésiculaires*, 10 fois l'état de la plèvre n'a pas été noté. Sur les 60 cas qui restent, 22 fois pas de pleurésie; 38 fois pleurésie marquée par l'existence de fausses membranes récentes.

Sur ces 38 fois, 18 fois la pleurésie était à gauche coïncidant 16 fois avec la pneumonie de ce même côté seulement, et 2 fois avec une pneumonie double. 14 fois la pleurésie était à droite, sur lesquelles 13 fois pneumonie à droite et 1 fois à gauche. 6 fois pleurésie des deux côtés, sur lesquelles 5 fois pneumonie double et 1 fois pneumonie à droite seulement.

Dans les 18 cas d'engorgement non granulé (intervésiculaire), nos notes ne font aucune mention de l'état de la plèvre. (*La suite à un prochain numéro.*)

Oblitération complète de l'artère brachio-céphalique et de la veine cave supérieure, déterminée par le développement progressif d'un énorme anévrysme de l'aorte ascendante; observation communiquée à l'Académie royale de Médecine, par M. Martin Solon, *l'un de ses membres.*

La nommée Bordeaux, ancienne cuisinière, puis garde-malade, âgée de 67 ans, d'une forte constitution, fut réglée de bonne heure et n'éprouva point de maladie notable jusqu'à sa quarante-huitième année, époque à laquelle elle devint sujette à contracter des douleurs rhumatismales vagues, de la gêne dans la respiration, et quelquefois des palpitations, qui nécessitèrent de temps en temps l'usage de la saignée. A 59 ans, une émotion vive ramena le flux menstruel qui reparut ainsi plusieurs fois sans que l'utérus offrit de lésion. En même temps la gêne de la respiration et les palpitations devinrent plus fréquentes. En décembre 1834, elle éprouva durant la nuit des étourdissemens, perdit connaissance pendant plusieurs heures. On combattit ces accidens par des saignées et de violens révulsifs appliqués aux membres inférieurs. Plus tard, les accidens cérébraux et l'oppression tourmentèrent de nouveau la malade; notre collègue M. Macartan, la vit alors; il fut, dès le mois de janvier 1835, frappé de la bouffissure du visage, de la couleur violacée des lèvres; il insista plus d'une fois sur l'usage de la saignée et de l'eau de Sedlitz. Vers la fin de ce mois, il remarqua une diminution sensible, puis une cessation complète des battemens de l'artère radiale droite, qui lui confirmèrent l'existence d'une lésion du tronc brachio-céphalique droit. Il chercha à en combattre les effets par la saignée, le régime, quelques préparations de digitale, et nous adressa la malade à l'hôpital Beaujon le 4 mai 1835.

Le facies est un peu bouffi, cependant il présente peu, excepté aux lèvres, de ces vergetures violacées si communes chez les sujets affectés de maladies du cœur ou des gros vaisseaux. La malade est obligée de se tenir assise dans son lit, sa respiration est difficile, surtout quand il faut faire quelque mouvement brusque, violent ou prolongé ; la percussion ne fait cependant point reconnaître de lésion notable dans les poumons, l'auscultation fait entendre un bruit éclatant dans le côté droit pendant l'inspiration.

Le pouls du côté gauche donne quatre-vingt battemens un peu irréguliers et assez forts ; celui du côté droit est tellement peu sensible que beaucoup de personnes nient son existence, et ne sentent même pas de pulsations dans l'artère humérale. La partie supérieure du sternum offre, surtout à droite, une voussure assez notable. La percussion de cette région donne un son obscur, l'auscultation ne fait reconnaître autre chose qu'un bruit sourd et des battemens à peine sensibles, isochrones à ceux du pouls. Les énormes caillots, trouvés depuis dans la crosse de l'aorte font concevoir la disparition de l'expansion pulsative de la tumeur. L'artère sous-clavière gauche offre une dilatation sensible au-dessus de la clavicule et au-dessous de cet os dans le point où le vaisseau prend le nom d'axillaire. Cette dilatation, qui semble présenter un cylindre d'un pouce au moins de longueur et de plus d'un demi-pouce de diamètre, fait entendre à l'auscultation un bruit de soufflet manifeste. L'impulsion du cœur est assez vive, et ses battemens se font entendre dans une région un peu inférieure à celle qu'ils occupent ordinairement ; du souffle assez marqué accompagne son premier bruit ; toutes les veines thoraciques sous-cutanées, surtout celles du côté droit, sont saillantes et remarquables par leur couleur bleue très-prononcée. Les membres supérieurs, surtout le droit, sont un peu œdématiés ; les inférieurs n'offrent rien de semblable.

L'appareil digestif semble conserver son état normal.

Le sommeil est pénible, et souvent rendu fatigant par des rêves et par la position assise que la malade est obligée de garder pour éviter la suffocation et diminuer l'énergie des battemens incommodes qu'elles ressent dans la tête.

La marche augmente tous les symptômes ; aussi la malade reste-t-elle habituellement assise dans son lit ; sans cela les battemens qu'elle ressent dans le dos et la gêne de sa respiration la menaceraient de suffocation.

Nous pensons que le tronc brachio-céphalique ou que l'artère sous-clavière droite sont le siége d'un anévrysme volumineux, oblitéré par de nombreux caillots qui empêchent d'en sentir les battemens, et qui s'opposent à l'arrivée d'une suffisante quantité de sang dans l'artère sous-clavière, pour que l'on sente le pouls droit. Nous pensons qu'en outre cet anévrysme a déprimé le poumon à droite, le cœur en bas, qu'il gêne la circulation des troncs veineux brachio-céphaliques, surtout à droite, et nous expliquons ainsi la dilatation des veines thoraciques superficielles. Les symptômes observés à l'artère sous-clavière gauche nous font soupçonner qu'elle présente un commencement de lésion semblable à celle que nous croyons exister à droite.

La saignée, pratiquée successivement au bras droit et au bras gauche, donne également du sang, mais soulage seulement la malade pour quelques momens, et ne diminue pas la tension des veines thoraciques. Le sang est sérenx ; il s'écoule aussi bien d'un côté que de l'autre, et donne l'assurance que la circulation se continue dans le bras droit. Ce membre d'ailleurs conserve autant d'embonpoint et de sensibilité que le gauche, quoique sa température est un peu moins élevée. On éprouve toujours quelque difficulté pour arrêter chaque saignée, à cause de la gêne que le sang veineux éprouve pour revenir au cœur.

Les applications réfrigérantes sur la tumeur, l'acétate de plomb crystallisé donné à l'intérieur et porté à la dose de quatre grains, la digitale en poudre ou en teinture, et les manuluves répétés procurent, pendant quelque temps, un peu d'amélioration, mais ces effets passagers cessent aussi vite que ceux obtenus par les émissions sanguines. Le pouls droit, qui s'était fait sentir pendant quelques jours plus distinctement, ne tarda pas à devenir aussi peu sensible qu'auparavant.

L'hydrochlorate de baryte, prescrit du 6 juin au 18, en commençant par la dose d'un grain que l'on éleva graduellement jusqu'à douze, et que l'on faisait prendre par petites doses dans la journée, dans deux onces d'eau distillée et sucrée, abaissa le pouls de 76 à 64 battemens, mais ne diminua pas la gêne sous-sternale qui incommodait tant la malade. Le malaise, les syncopes, les vomissemens et les coliques qu'elle éprouva obligèrent de cesser l'usage de ce sel auquel on a attribué une propriété sédative de la circulation qui n'a cependant pas été très-remarquable chez cette malade. Nous l'avons trouvée entièrement nulle sur plusieurs autres chez lesquels, la dose ayant été graduellement portée à trente grains, la fièvre, les douleurs abdominales et le dévoiement nous ont obligé de cesser nos tentatives, notamment sur un jeune sujet atteint de tumeur blanche coxo-fémorale.

Deux mois après l'entrée de la malade, l'oppression fait des progrès. L'œdème du bras gauche devient aussi considérable que celui du bras droit, et les veines thoraciques gauches acquièrent un développement pareil à celui des veines du côté opposé. Nous nous bornons alors à un traitement palliatif ; nous cherchons, à l'aide des saignées du bras, à diminuer l'oppression ; mais nous sommes obligé d'être sobre de ce moyen, car il commence par augmenter les battemens céphaliques, les étourdissemens et le malaise général ; ce n'est que le lendemain ou le surlendemain de son emploi que l'on s'aperçoit de son utilité. Un sentiment insupportable d'oppression est ce qui tourmente le plus cruellement la malade, surtout quand l'atmosphère est humide. Nous parvenons souvent à le combattre avec succès par des pédiluves ou des manuluves chauds et sinapisés. Enfin nous prescrivons de temps en temps des purgatifs hydragogues, le sirop de nerprun, l'huile d'épurge

ou des pilules d'ellebore, de gomme-gutte et de résine de jalap, afin d'arrêter les progrès de l'infiltration séreuse, et d'éviter de trop répéter les saignées. Nous donnons en quantité modérée des potages et des alimens de facile digestion.

La malade éprouve de temps en temps, par ces soins, quelques journées de soulagement; mais vers le commencement de février, l'infiltration séreuse fait de nouveaux progrès. Les paupières deviennent tellement tuméfiées que l'on est obligé de pratiquer des mouchetures ou d'employer alternativement une compression méthodique sur chaque œil. Le tissu cellulaire du crâne et du col, celui des mains et des bras, s'infiltrent également de chaque côté; ni la saignée, ni les purgatifs, ni les pédiluves ne procurent de soulagement. Les facultés intellectuelles commencent à s'embarrasser; la malade parle pendant son sommeil; elle est assoupie une grande partie de la journée, ses réponses sont en général vagues. La respiration devient de plus en plus embarrassée, et, pour la rendre moins difficile, la malade reste assise dans son lit, la tête tellement penchée en avant qu'elle pose sur les genoux. La déglutition des solides devient difficile et celle des liquides presque impossible. Enfin, après plusieurs jours d'anxiété extrême, la mort met un terme aux souffrances de cette malade, le 22 février.

Autopsie faite 30 *heures après la mort,* par MM. Florimond et de Wailly, en présence de MM. Nivet, Bujon, et plusieurs autres personnes qui avaient observé la malade ou lui avaient donné des soins.

Habitude extérieure.—Le volume de la tête est considérable, à cause de l'infiltration séreuse du tissu cellulaire du crâne et de la face; les paupières boursouflées cachent entièrement les globes oculaires, et empêchent de les découvrir; quelques parties de la peau des paupières offrent une teinte violacée annonçant les approches de la gangrène qui suit si fréquemment les mouchetures pratiquées pour l'écoulement de la sérosité infiltrée.

Le tissu cellulaire du cou, du dos, des membres supérieurs et de la poitrine, est fortement infiltré. Les veines sous-cutanées de ces parties, et surtout celles du thorax, sont remarquables par leur couleur bleue et par une augmentation du double à peu près de leur volume ordinaire. Cette disposition ne s'observe ni à l'abdomen, ni aux membres inférieurs. Ce n'est qu'en incisant le tissu cellulaire de ceux-ci, que l'on y découvre une très-petite quantité de sérosité que l'émaciation des parties ne permettait pas de soupçonner.

Poitrine. — Le sternum et l'extrémité antérieure des côtes, enlevés, n'offrent aucune lésion sur leur face interne, et laissent à découvert une tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme, qui occupe une partie du côté droit du thorax, et qui dépend du développement anévrysmatique de la crosse de l'aorte, remarquable surtout à sa partie latérale droite. La tumeur, qui commence un pouce au-dessus du croisement de l'artère pulmonaire, présente six pouces au moins de longueur, et se porte derrière la clavicule. Son diamètre transversal, presque aussi considérable que le précédent, commence au point de la tumeur le plus saillant, qui est caché sous le poumon droit, et se termine vers la naissance de l'artère axillaire gauche. Son diamètre antéro-postérieur n'a pas beaucoup moins d'étendue que le précédent. On voit sur la face antérieure de la tumeur, à droite, le tronc de la veine cave supérieure entièrement aplati et oblitéré : son tissu est tout à fait confondu avec les parois de l'anévrysme dans le trajet d'un pouce. Le tronc veineux brachio-céphalique gauche a disparu dans une étendue de plus de deux pouces; à peine si le tissu qui le constitue peut être distingué parmi celui qui forme l'anévrysme. Le tronc veineux brachio-céphalique droit offre la même disposition dans une étendue à peu près aussi considérable. La veine cave supérieure conserve vers le cœur un pouce à peu près de longueur, mais son calibre est considérablement diminué et rempli par un caillot fibrineux.

A gauche et en arrière de l'adhérence du tronc veineux brachio-céphalique droit à la tumeur, on voit s'élever le tronc artériel innominé ou brachio-céphalique. Il est entièrement oblitéré dans plus d'un demi-pouce de son étendue; une sorte de diaphragme membraneux existe à l'ouverture de cette artère dans l'aorte, et la ferme entièrement; ses parois aplaties sont, dans une grande étendue, confondues avec celles de l'anévrysme. L'artère carotide primitive gauche se trouve à côté de celle que nous venons de décrire. Son orifice est diminué de diamètre, mais c'est la seule lésion que ce vaisseau présente. Le tissu de l'aorte dans ce point n'est que légèrement rugueux. L'artère axillaire gauche offre à son origine une dilatation conique d'un pouce à peu près de longueur. Son tissu n'est pas sensiblement altéré.

En arrière, la tumeur pèse sur la bronche droite, sur la trachée-artère et l'œsophage, qu'elle a refoulés vers le côté gauche de la colonne vertébrale.

A droite et en dehors de la naissance des vaisseaux oblitérés, on voit surajoutée à la dilatation de la crosse aortique une sorte et diverticulum anévrysmal, dont le volume égale celui d'une très-grosse orange, et qui comprime le poumon droit contre les côtes. On trouve entre ce diverticulum et le poumon le nerf diaphragmatique droit aplati, adhérent et confondu avec les parois de l'anévrysme, dans l'étendue de plusieurs pouces.

En haut, la tumeur arrive derrière et au niveau de la clavicule droite, contre laquelle elle comprime le tronc artériel brachio-céphalique et la veine brachio-céphalique droite. En bas, elle se continue avec le commencement de l'aorte ascendante : sa présence a déterminé un abaissement très-sensible du cœur.

L'anévrysme incisé sur sa face antérieure, on trouve sa cavité remplie d'un énorme caillot, adhérent et confondu par sa circonférence à la face interne de la paroi droite et dilatée de l'aorte.

Ce caillot est formé de couches concentriques d'autant plus denses et d'autant moins colorées qu'elles sont plus extérieures. Vers la cavité aortique, les cou-

ches sont moins denses, plus rouges et en contact avec du sang récemment coagulé. La cavité de la crosse dilatée de l'aorte est séparée du diverticulum anévrysmal, en arrière, par une arête sémi-lunaire saillante dans la cavité de l'artère aorte, et dont la direction verticale correspond au côté droit de la trachée-artere. La région placée à droite de cette vive arête forme le diverticulum anévrysmal, et est remplie de caillots; celle qui est située à gauche n'est autre chose que la cavité amplement dilatée de l'aorte dans laquelle le sang circulait librement. La vive arête que nous avons indiquée est formée des diverses tuniques artérielles. La tunique fibreuse semble, dans ce point, hypertrophiée. On retrouve dans les parois de l'anévrysme et du diverticulum anévrysmal les différentes tuniques propres aux artères; seulement elles sont ramollies et confondues avec les caillots fibrineux dans cette dernière partie de la dilatation artérielle.

Après avoir fourni l'artère axillaire gauche, l'aorte reprend sa marche normale. Elle n'offre plus, jusqu'à sa terminaison, qu'une augmentation notable dans son calibre. Ses parois sont en général épaissies et présentent presque partout des points ramollis, d'autres qui sont cartilagineux et osseux, et qui ont détruit la tunique interne dans plusieurs points. (La pièce est déposée dans le Musée Dupuytren).

Le poumon droit, aplati par la tumeur anévrysmale, lui adhère dans une grande étendue; son tissu est induré par de la mélanose infiltrée, et présente, en outre, quelques tubercules; quelques-uns d'entre eux sont excavés. Le poumon gauche n'offre rien à noter.

La membrane muqueuse, qui tapisse l'ouverture supérieure du larynx, est légèrement œdémateuse.

Abdomen. Le canal intestinal est en général rétréci; quelques plaques violacées de stase sanguine existent sur la membrane muqueuse.

Crâne. L'arachnoïde est opaline dans quelques points. La pie-mère est infiltrée d'une grande quantité de sérosité. Les ventricules latéraux en contiennent chacun deux onces à peu près. Le cerveau ne présente pas d'autre lésion, il contient peu de sang.

Remarques sur l'ensemble du système circulatoire de la malade.—La description que nous venons de donner et les recherches que nous avons faites sur le cadavre, nous ont démontré que le cœur n'avait subi qu'un simple abaissement, que l'artère aorte s'était énormement dilatée, un pouce au-dessus du point où elle est entrecroisée par l'artère pulmonaire jusqu'à la naissance de l'artère sous-clavière gauche; que l'accroissement progressif de cette dilatation s'était fait sentir principalement dans la partie latérale droite et postérieure du vaisseau qui constituait l'espèce de diverticulum que nous avons décrit; qu'en augmentant de volume, la tumeur avait progressivement comprimé en avant, contre le sternum et la clavicule, les troncs veineux brachio-céphaliques et le tronc artériel du même nom; que ces vaisseaux avaient fini par s'oblitérer entièrement, et que l'artère carotide primitive gauche commençait à éprouver une lésion analogue. On voyait, au contraire, que l'artère sous-clavière gauche présentait un commencement de dilatation, et que depuis ce point jusqu'à sa terminaison l'artère aorte était ainsi dilatée, probablement à cause de la masse de sang qui devait s'y porter, la partie supérieure du vaisseau n'en pouvant débiter qu'une petite quantité.

Malgré les oblitérations artérielles que nous avons signalées, les parties supérieures recevaient cependant une quantité suffisante de sang. En effet, nous avons constaté qu'en injectant l'artère carotide primitive gauche par sa partie inférieure, l'extrémité de chaque carotide interne étant comprimée sur le corps du sphénoïde, le liquide se portait bientôt dans tout le système carotidien droit par les nombreuses anastomoses des thyroïdiennes supérieures qui naissent de la carotide externe. L'artère thyroïdienne inférieure gauche, née de la sous-clavière, donnait un résultat analogue. On conçoit que cette dernière devait surtout servir au rétablissement de la circulation artérielle, puisque, dilatée à son origine, elle recevait nécessairement une plus grande quantité de sang que de coutume. C'était ces communications qui avaient entretenu dans les artérioles du bras droit une circulation suffisante pour que la nutrition de ce membre n'éprouvât pas d'altération, bien que sa température fût un peu moins élevée que celle des autres parties du corps. La quantité de sang reçue n'était pas assez considérable pour faire naître des pulsations dans l'artère brachiale ou ses grandes divisions, car on ne sentait pas distinctement le pouls de l'artère radiale, mais elle suffisait aux fonctions de ce membre, comme cela arrive souvent après l'oblitération d'une artère principale à la suite de l'opération de l'anévrysme. Au reste, cette quantité de sang était tellement suffisante, que, quand on saignait ce bras, le sang en sortait tout aussi facilement que de l'autre. On conçoit d'ailleurs que par la compression lente et graduelle de l'artère brachio-céphalique, les anastomoses aient eu le temps nécessaire pour se dilater autant qu'il le fallait.

Les parois thoraciques droites étaient sans doute nourries par les anastomoses de l'artère épigastrique droite avec la mammaire interne de ce côté, car nous avons trouvé cette dernière dilatée dans toute son étendue, bien qu'elle fût oblitérée au point de sa naissance à l'artère sous-clavière droite.

Si, comme nous venons de le voir, on pouvait facilement se rendre compte de la continuation de la circulation artérielle, il n'en était pas de même pour la circulation veineuse. En effet, les deux troncs brachio-céphaliques et une grande partie de la veine-cave supérieure étaient oblitérés, et cependant la veine azygos n'offrait pas plus de quatre lignes de diamètre. Elle recevait par les veines inter-costales supérieures le sang veineux des parties supérieures et le versait ensuite dans la veine-cave inférieure. La presqu'insuffisance d'une aussi étroite communication a été cause de la dilatation des veines thoraciques superficielles, de la teinte violacée des lèvres, des étourdissemens, puis des infiltrations et des épanchemens de sérosité bornés aux régions

que nous avons indiquées. Si ces derniers accidens ont été lents et prolongés, c'est que le système artériel versait dans les parties supérieures moins de sang que dans l'état normal, et qu'en conséquence, un système veineux d'un facile retour était, en quelque sorte, moins nécessaire à la malade.

La maladie de l'artère aorte tout entière semble avoir été une des causes principales des lésions remarquables que nous venons de faire connaître. L'anévrysme aortique s'est développé, et à mesure qu'il a pris de l'accroissement, il a comprimé toutes les parties environnantes et s'est approprié plusieurs d'entr'elles pour fortifier ses parois à l'extérieur. Aussi les gros troncs artériels et veineux oblitérés, le nerf diaphragmatique droit et une portion du poumon de ce côté faisaient-ils partie de la tumeur. Si le sternum, la trachée-artère, la bronche droite, les vaisseaux du poumon droit et l'œsophage n'ont point présenté ces usures que l'on remarque fréquemment, lors même que l'anévrysme de la crosse de l'aorte est d'un moindre volume que celui de notre malade, c'est que la tumeur de celle-ci s'était surtout développée sur la partie latérale de l'artère, comprimait le poumon droit, et se tenait en quelque sorte justement placée entre le sternum et la colonne vertébrale, oblitérant les gros troncs vasculaires placés au-devant d'elle, mais ne pouvant déterminer de plus grands désordres ni en avant ni en arrière. L'augmentation de diamètre de l'aorte pectorale et abdominale dépendait de ce que ces portions de l'artère devaient recevoir une plus grande quantité de sang. C'est la disposition inverse à celle que M. Reynaud a observée chez un sujet qui avait un rétrécissement de l'aorte pectorale et dont le tronc brachio-céphalique et l'artère sous-clavière gauche étaient dilatés.

Nous n'étendrons pas davantage les réflexions que pourrait suggérer cette observation, plus remarquable encore par les effets de l'anévrysme aortique que par l'anévrysme lui-même. Le juste intérêt que l'on a donné aux faits d'oblitérations vasculaires publiés dans ces derniers temps par MM. Astley Cooper, Hodgson, Reynaud et plusieurs observateurs, nous a fait penser que celui-ci serait d'autant mieux accueilli, qu'il réunit à la fois l'exemple de l'oblitération des troncs artériels et veineux importans. Quels sont ceux de ces troncs qui ont été oblitérés les premiers? L'inspection de la pièce anatomique ferait remonter la lésion des artères et des veines au même temps à peu près; mais l'état violacé du visage, les étourdissemens et les embarras cérébraux fréquens et très-prolongés, qui avaient existé avant l'entrée de la malade à Beaujon, doivent faire penser que la difficulté du retour de sang veineux du cerveau au cœur était la cause d'apoplexie par stase sanguine qui tourmentait la malade. Plus tard, l'oblitération des artères n'a pu qu'éloigner cette sorte d'accident, en diminuant la quantité de sang artériel envoyé à l'encéphale; aussi n'avons-nous pas eu à observer d'apoplexies sanguines pendant le séjour de la malade dans notre service, bien qu'elle ait été habituellement tourmentée de bourdonnemens fort incommodes.

De la présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques de l'utérus, à la suite de l'accouchement; par M. Duplay. (IIe et dernier article.) (1).

Pendant l'année 1830, nous avons eu occasion d'observer trente-six cas de métro-péritonite avec suppuration des vaisseaux lymphatiques de l'utérus, et le tableau suivant donnera une idée de la manière dont cette altération se combinait avec les autres.

Parmi ces trente-six cas, il y avait, en même temps que suppuration des vaisseaux lymphatiques :

1° Présence d'un épanchement séro-purulent dans le péritoine. 29 fois.

2° Absence d'épanchement séro-purulent. 7 fois.

Parmi les 29 premières malades qui présentaient un épanchement séro-purulent,

L'utérus et ses annexes furent trouvés sains. 3 fois.

Il y avait, outre l'épanchement séro-purulent, des concrétions pseudo-membraneuses et du pus concret à la face interne de l'utérus. 2 fois.

Infiltration purulente du tissu cellulaire sous-péritonéal, du méso-rectum, du mésentère; fonte purulente des ovaires, couches de pus concret à la face interne de la matrice, ramollissement avec suppuration, ou ramollissement gangréneux de cette face. 16 fois.

Outre ces altérations diversement combinées, il y avait encore présence du pus dans l'intérieur des veines. 8 fois.

Parmi les 7 malades qui ne présentaient pas d'épanchement séro-purulent dans le péritoine, il y avait :

Pus dans les veines utérines, infiltration purulente du tissu cellulaire sous-péritonéal et couche de pus concret à la face interne de l'utérus. 4 fois.

Absence de pus dans les veines utérines, mais infiltration du tissu cellulaire sous-péritonéal, fausses membranes et couche de pus à la face interne de l'utérus. 2 fois.

Ramollissement de la face interne de l'utérus sans trace de suppuration. 1 fois.

Ainsi, sur 36 cas dans lesquels du pus se rencontra dans le système lymphatique de l'utérus, une seule fois cette lésion exista sans qu'il y ait eu de traces de suppuration, soit dans le péritoine, soit dans l'utérus, soit dans ses annexes. Cependant nous ferons remarquer que même dans ce cas il existait un ramollissement gangréneux de la face interne de la matrice.

M. Tonnellé, qui me précéda comme interne à la Maison d'accouchement, et qui observa un grand nombre de fois l'altération qui nous occupe, donna, dans un mémoire sur la fièvre puerpérale, le tableau suivant des lésions qui se rencontrèrent avec la suppuration des vaisseaux lymphatiques. (*Archives gén.*, 1re série, tom. 22 et 23.)

La suppuration des lymphatiques existait avec celle des veines. 20

(1) *Voyez* le premier article, n. de mars 1835, tome 32e de l'*Encycl.* (première série) D, p. 47.

Avec celle de l'utérus.	13
Avec ramollissement sans suppuration de cet organe.	6
Avec simple péritonite.	1
Sans aucune altération.	2

Il serait à souhaiter que dans ce tableau M. Tonnellé eût présenté les rapports qui existaient entre la suppuration des vaisseaux lymphatiques et l'épanchement séro-purulent du péritoine. Ainsi, dans les six cas où l'on ne rencontra qu'un ramollissement de l'utérus sans suppuration, il serait bon de savoir si en même temps il n'existait pas épanchement séro-purulent dans le péritoine. Mais ce qu'il y a de remarquable dans ce relevé, c'est que nous rencontrons deux cas dans lesquels le péritoine et l'utérus étaient parfaitement sains, et cependant il y avait de la suppuration dans les vaisseaux lymphatiques.

Il résulte de ces deux relevés, qui portent sur 80 cas, que la suppuration des lymphatiques a presque toujours co-existé avec la suppuration du péritoine, de l'utérus et de ses annexes, mais il en ressort aussi ce fait non moins important, c'est que sept fois cette suppuration des vaisseaux lymphatiques a existé avec de simples ramollissemens, et que deux fois elle a eu lieu sans aucune lésion concomitante. Aussi, en présence du double résultat offert par ces tableaux, deux questions se présentent tout naturellement à l'esprit : la suppuration des vaisseaux lymphatiques est-elle un phénomène d'absorption, ou bien est-elle le produit d'une phlegmasie de ces vaisseaux ? C'est ce que se sont demandés les divers observateurs qui ont étudié ce sujet.

M. Tonnelé, à qui nous avons emprunté le second tableau, pense qu'il existe dans ces cas une véritable inflammation des vaisseaux lymphatiques. Cet observateur affirme avoir rencontré plusieurs fois la membrane interne de ces vaisseaux inégale et épaissie, disposition que nous n'avons pas rencontrée, quoique nous l'ayons toujours cherchée avec soin. Cependant il avoue que cette membrane interne conserve le plus ordinairement son poli, et n'offre pour toute lésion qu'une teinte terne ou une coloration jaunâtre.

« Il faudrait bien se garder, ajoute-t-il, d'en conclure qu'elle n'a point donné naissance au pus. C'est en effet le propre de toutes les membranes minces et pellucides, de n'éprouver que très-peu de modifications appréciables dans les inflammations les mieux caractérisées. Dans les phlébites ordinaires, les altérations portent presque exclusivement sur la membrane extérieure, qui est, comme on sait, de nature celluleuse, et qui se gonfle au point de donner à ces vaisseaux l'apparence des artères. Aussi lorsque cette membrane n'existe pas ou n'existe qu'en rudiment, comme dans le parenchyme des organes, dans les sinus veineux du crâne, l'inflammation doit-elle y laisser des traces beaucoup moins appréciables. Quant aux lymphatiques, on ne voit pas pourquoi ils ne seraient pas susceptibles d'inflammation comme les veines. On retrouve en effet dans ces vaisseaux toutes les conditions qui paraissent concourir au développement de la phlogose dans les autres : augmentation considérable de leur capacité, accroissement de la vitalité qui leur est propre, froissemens divers pendant le travail de l'accouchement, contact avec les matières en décomposition qui recouvrent la surface interne de l'utérus, absorption de liquides âcres, puriformes, etc. »

Cependant quoique M. Tonnellé penche fortement, ainsi qu'on peut en juger par cette citation, pour l'inflammation des vaisseaux lymphatiques, comme origine de la suppuration qu'ils contiennent, il pense cependant que la question ne saurait être tranchée; qu'il faut attendre de nouveaux faits, et que jusque là il faut n'attacher au terme de suppuration des vaisseaux lymphatiques que l'existence d'une certaine quantité de pus dans ces vaisseaux, sans rien préjuger sur son origine.

M. Danyau (1), plus porté que l'auteur précédent à admettre l'absorption dans les cas de suppuration des lymphatiques, reste aussi dans la même réserve et ne se prononce pas formellement pour l'absorption. Seulement il observe que la présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques lui a paru coïncider presque toujours avec l'existence de ce même liquide dans quelques points de l'utérus ou de ses annexes. Cependant, il considère que les notions que l'on possède sur les caractères anatomiques de l'inflammation des vaisseaux lymphatiques ne sont pas très-positives ; que de plus il existe quelquefois du pus dans un vaisseau, lors même qu'on n'en trouve pas de traces dans les parties d'où il tire son origine, et qu'enfin les vaisseaux d'un côté contiennent quelquefois de ce liquide, lorsque c'est de l'autre côté seulement qu'on en trouve d'épanché ou d'infiltré.

M. Nonat, dans sa thèse inaugurale (2), se prononce d'une manière bien plus positive à cet égard, et considère cette suppuration comme le résultat d'une véritable inflammation; aussi a-t-il décrit tous ces cas sous le nom de lymphangite. M. Nonat reconnaît bien, avec la plupart des observateurs qui l'ont précédé, que souvent la surface interne des vaisseaux est exempte de rougeur ou à peine injectée; que leurs parois sont blanchâtres, transparentes, sans épaississement et sans ramollissement notables. Suivant lui, le pus est dans ces cas la seule trace de la phlegmasie. Mais aussi M. Nonat a vu dans d'autres cas les parois du vaisseau rougeâtres, épaissies, ramollies, et cédant aux moindres tractions. Dans ces cas il n'y avait aucun doute que les vaisseaux ne fussent le siége d'un véritable travail inflammatoire. « Et, ajoute l'auteur, quand même ces derniers caractères manqueraient, quand même nous n'aurions pas trouvé ces dernières lésions, la présence d'un pus épais et bien lié dans ces vaisseaux,

(1) *Essai sur la mérite gangreneuse.* Thèse inaugurale. Paris, 28 août 1829.

(2) *De la métro-péritoine puerpérale compliquée de l'inflammation des vaisseaux lymphatiques de l'utérus.* Thèse inaug. Paris, 30 mai 1832.

l'infiltration séreuse ou purulente du tissu cellulaire ambiant seraient une preuve irrécusable de leur phlogose. » Mais, me dira-t-on, ajoute M. Nonat, le pus a été résorbé ; il provient de l'utérus, des ligamens larges et du péritoine ; c'est là qu'il s'est formé primitivement ; c'est là que les vaisseaux lymphatiques l'ont puisé. *Il est possible que la chose se passe ainsi ;* car la résorption du pus est un phénomène incontestable, on est forcé de l'admettre quand de véritables abcès disparaissent sans ponction : mais alors on n'observe jamais le moindre accident consécutif, et je ne sache pas que les vaisseaux qui entourent le foyer aient jamais été trouvés injectés de pus. Il est probable que dans ce cas le pus n'est point repris par les vaisseaux avec toutes ses qualités ; il est probable qu'avant d'être absorbé il subit une transformation préalable. On concevrait difficilement que le phénomène se passât d'une autre manière ; aussi quand on rencontre du pus dans les vaisseaux, ils offrent le plus souvent des traces non équivoques d'un travail inflammatoire. Que cette phlegmasie soit primitive ou secondaire, une fois développée elle devient capable de donner naissance à du pus et à tous les désordres fonctionnels que nous rattachons au passage de ce liquide dans le torrent circulatoire.

» D'ailleurs, ajoute M. Nonat, je n'ai trouvé aucun rapport entre la suppuration des vaisseaux lymphatiques et la présence du pus dans le péritoine, dans la matrice ou dans les ligamens larges ; j'ai même vu des vaisseaux injectés de pus, tirer leur origine des parties qui n'en renfermaient aucune trace. C'est d'après ces motifs que j'ai cru devoir admettre la suppuration des vaisseaux lymphatiques comme une preuve de leur phlegmasie et de celle de la matrice. »

Il est fâcheux que M. Nonat ait négligé de donner le chiffre sur lequel reposent les considérations qui précèdent ; il est fâcheux que, pour élever sur des bases solides l'opinion qu'il professe, il n'ait pas donné un résumé dans lequel il eût mis en regard de la suppuration des vaisseaux lymphatiques les lésions qui l'accompagnaient. Les vaisseaux lymphatiques injectés de pus tiraient quelquefois leur origine, nous dit-il, de parties qui ne présentaient aucune trace de suppuration ; il aurait été fort utile, je crois, d'indiquer combien de fois cette particularité s'est présentée à son observation.

Mais laissons intervenir dans cette question l'autorité puissante d'un de nos anciens maîtres qui a étudié les faits de cette nature à la source qui les présente en si grande abondance, et en quelque sorte dans leur terre natale. M. Cruveilhier, qui a observé pendant deux ans et demi à la Maison d'accouchement de Paris, et a assisté à plusieurs de ces épidémies meurtrières qui fournissent un si grand nombre de sujets d'observations, a été témoin des faits suivans :

Pendant ces deux années et demie d'observation, M. Cruveilhier a constaté dans presque tous les cas de métro-péritonite la suppuration des vaisseaux lymphatiques ; à peine a-t-il constaté sept ou huit fois la suppuration des veines. La présence du pus dans ces vaisseaux s'accompagnait le plus ordinairement de péritonite, d'inflammation du tissu cellulaire sous-péritonéal, et assez souvent d'inflammation des trompes et des ovaires. Presque toujours les vaisseaux lymphatiques ainsi remplis de pus étaient superficiels et se dessinaient immédiatement au-dessous du péritoine. Quant aux qualités du pus, ce liquide était bien lié comme du pus phlegmoneux, et jamais dans les veines il ne lui a présenté la même pureté que dans les vaisseaux lymphatiques. Quelquefois il existait au milieu de ce liquide des concrétions incolores. C'est en présence de ces lésions et des diverses circonstances qui les accompagnent, que M. Cruveilhier se demande si l'on peut voir là un travail d'absorption ou bien un travail phlegmasique. Dans le but de résoudre la question, il examine sur quelles parties cette absorption pourrait s'exercer, et dans quelles parties cette sorte de succion du pus pourrait s'opérer. La surface interne de l'utérus ne lui paraît pas être le lieu où peut puiser le système lymphatique ; car dans la plupart des cas cette face interne n'est recouverte que d'un détritus sanguinolent d'une couche séro-sanguinolente dans laquelle on ne trouve pas de traces de suppuration ; l'épaisseur du tissu de l'organe lui paraît peu propre à fournir les matériaux de cette suppuration, car il est assez rare de trouver de la suppuration dans le tissu de l'utérus. Il faudrait donc le rejeter sur le pus contenu, soit dans la cavité du péritoine, soit dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Un fait semblerait, suivant lui, appuyer l'opinion de l'absorption du liquide séro-purulent contenu dans le péritoine : c'est la présence dans le petit bassin d'un pus blanc, ayant tous les caractères d'un pus phlegmoneux, alors même que dans le reste de l'abdomen il n'existe que de la sérosité. Mais à côté de ce fait s'en trouve un autre qui lui ôte de la valeur ; c'est que, dans la péritonite pseudo-membraneuse où il existe à peine de l'épanchement, on retrouve aussi du pus dans le système lymphatique.

Quant à l'absorption dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, la coïncidence du pus dans les lymphatiques et dans cette portion du tissu cellulaire est tellement fréquente, que longtemps M. Cruveilhier crut qu'il y avait rapport de dépendance entre les deux lésions. Mais un grand nombre de faits contraires à cette opinion sont venus la renverser, car tantôt M. Cruveilhier a trouvé des vaisseaux lymphatiques charriant du pus au milieu du tissu cellulaire resté sain, tantôt, au contraire, des vaisseaux lymphatiques restés sains au milieu d'un tissu cellulaire infiltré de pus. La transparence parfaite des vaisseaux lymphatiques intrà et extra-utérins qui charrient du pus, l'intégrité de leurs parois, l'absence de toute injection sanguine, d'épaississement, d'infiltration séreuse soit dans les parois, soit dans le tissu cellulaire environnant, à tel point que ces vaisseaux s'affaissent complétement quand on vient à les vider par une ponction ; toutes ces circonstances semblent à M. Cruveilhier bien propres à faire rejeter l'idée de leur inflammation. L'inaltérabilité de ces vaisseaux est également partagée par les ganglions injectés de pus ; ces derniers ne présentent ni ramollissement, ni

coloration sanguine insolite, et en cela diffèrent notablement des vaisseaux lymphatiques frappés d'inflammation.

« Je regarde donc comme chose démontrée, ajoute le savant professeur, la circulation du pus dans les vaisseaux lymphatiques et les ganglions restés sains. Mais il ne découle pas nécessairement de ce fait que le pus y ait été introduit par voie d'absorption ; car n'est-il pas possible que ce pus ait été produit par inflammation dans une partie de ces vaisseaux antérieure dans l'ordre de la circulation à celle que l'on observe ? » Cette manière de voir, qui s'applique à tous les faits et qui paraît la plus probable à M. Cruveilhier, est appuyée sur les raisons suivantes : 1° autour des vaisseaux lymphatiques de l'utérus, on trouve quelquefois de la sérosité infiltrée, de petits vaisseaux injectés ; leur couleur est opaline ; leurs parois présentent un épaississement notable, et lorsqu'on les ouvre ils s'affaissent moins complétement ; 2° dans un fait observé par M. Cruveilhier, il y avait suppuration dans les vaisseaux lymphatiques sans la moindre trace de péritonite ou de toute autre altération du tissu utérin.

Si nous rapprochons tous les argumens qui ont été émis au sujet de cette discussion, nous voyons que la plupart des auteurs n'adoptent telle ou telle opinion qu'avec une sorte d'hésitation, et que s'ils se rangent du côté de la simple absorption ou bien de l'inflammation, c'est toujours en laissant entrevoir que ce phénomène peut se passer autrement. Voyons si, en présence des faits connus jusqu'à présent, on peut avoir sur ce point quelques idées arrêtées.

La possibilité de l'absorption du pus par les vaisseaux lymphatiques est un phénomène que la physiologie ne repousse pas. Ces vaisseaux en effet ont été vus remplis d'autres liquides étrangers au système lymphatique. C'est ainsi que Sœmmering a vu de la bile dans les vaisseaux lymphatiques du foie, et du lait dans ceux de l'aisselle. Mascagni a observé du sang dans le canal thoracique et dans les lymphatiques de l'abdomen, chez des individus morts d'épanchemens sanguins dans la poitrine ou dans l'abdomen. Enfin il a noté aussi, dans un cas d'hydropisie ascite, tout le système lymphatique abdominal gorgé d'un liquide analogue à celui que renfermait la cavité péritonéale. Plusieurs fois aussi le même observateur a constaté la présence de la matière tuberculeuse provenant de la fonte de tubercules pulmonaires dans les vaisseaux lymphatiques du poumon. M. Lauth, de Strasbourg, a aussi constaté dans un cas de gangrène d'une extrémité inférieure, un liquide sanieux qui remplissait non-seulement les vaisseaux lymphatiques du membre affecté, mais le canal thoracique lui-même. Le liquide était entièrement analogue à celui qui recouvrait la partie gangrénée. Du pus s'est également montré dans le système lymphatique, dans d'autres circonstances qu'à la suite de l'accouchement ; mais nous évitons à dessein de citer ces faits qui peuvent être soumis à la même critique et à la même discussion que les faits de suppuration des lymphatiques compliquant la métro-péritonite. Nous ferons seulement remarquer que les vaisseaux lymphatiques dans tous ces cas partaient directement de parties en suppuration ou bien les traversaient.

Si le fait de l'absorption du pus est admissible, trouve-t-on parmi les circonstances qui accompagnent la suppuration des vaisseaux utérins de cette espèce, quelques faits qui soient favorables à la théorie de l'absorption ? Ces faits sont en assez grand nombre, ils ont frappé tous les observateurs, et ils n'ont même pu échapper à ceux qui penchaient le plus fortement pour une manière de voir entièrement opposée.

Il nous semble d'abord qu'immédiatement après l'accouchement le système lymphatique de l'utérus doit jouir d'une activité très-grande. Si l'on considère en effet qu'en peu de temps un organe qui s'était en quelque sorte surajouté aux autres, doit disparaître entièrement ; si l'on considère le développement excessif du système lymphatique de l'utérus pendant la grossesse et surtout vers ses derniers temps, développement dont le but est probablement d'opérer le retour de l'utérus à son état normal et cette sorte d'atrophie physiologique qu'il doit subir, on pourra bien penser que, chez la femme nouvellement accouchée, l'énergie du système absorbant doit être excessive, et que cette énergie d'absorption peut s'étendre même à des substances délétères telles que le pus.

Mais laissons cette considération, et voyons si, dans les lésions anatomiques seules nous ne trouvons pas un certain nombre de circonstances favorables à l'absorption.

Dans la plupart des cas de métro-péritonite l'on est frappé, à l'ouverture de l'abdomen, de la particularité suivante : c'est que la cavité du petit bassin est remplie par une quantité considérable de pus alors même que l'on n'en rencontre pas dans le reste du ventre. Ce pus, qui est ordinairement bien lié et comme phlegmoneux, s'observe surtout devant et derrière l'utérus, dans ces deux culs-de-sac que forme le péritoine, pour se porter, d'une part, sur la vessie, et de l'autre sur le rectum. Il résulte de cette disposition, que l'utérus baigne au milieu de ce liquide qui le recouvre de tous côtés. Le tissu cellulaire sous-péritonéal offre souvent une altération qui semblerait favorable à l'opinion de l'absorption ; c'est que dans un très-grand nombre de cas ce tissu cellulaire est infiltré de pus, soit dans l'endroit même où existent les vaisseaux lymphatiques purulens, soit dans les parties voisines. Souvent aussi les ovaires, les trompes sont frappés de suppuration, et les vaisseaux lymphatiques malades sont ceux qui correspondent à ces organes. Dans quelques cas, la face interne de l'utérus est aussi recouverte de fausses membranes, ou bien d'une couche purulente, ou bien enfin elle est occupée par des escarres plus ou moins étendues que la suppuration a en partie détachées.

Les vaisseaux dans lesquels se rencontre du pus sont presque toujours superficiels et rampent immédiatement au-dessous du péritoine ; on les observe surtout vers les bords de l'utérus, dans l'épaisseur des ligamens larges ; souvent on les voit aussi au-devant du col d'où ils sem-

blent partir. Or, ces diverses régions de l'utérus sont celles qui sont le plus directement et le plus constamment en rapport avec la matière purulente accumulée dans le petit bassin.

Le pus que contiennent les vaisseaux lymphatiques a la plus grande analogie avec celui qui se rencontre dans l'excavation pelvienne; il se présente avec le même aspect. Bien lié et comme crémeux, il ressemble au pus d'un phlegmon. La suppuration des lymphatiques diffère donc dans la plupart des cas de celle des autres parties du système circulatoire, car dans les artères et dans les veines cette suppuration n'est pas aussi homogène, elle est ordinairement pseudo-membraneuse. Mais hâtons-nous de dire que s'il en est ainsi dans la majorité des cas de suppuration des lymphatiques, il est aussi un certain nombre de faits dans lesquels on observe de petits flocons pseudo-membraneux.

Quant aux parois des vaisseaux lymphatiques, dans la majorité des cas elles n'ont subi aucun changement dans leur coloration, leur épaisseur et leur consistance. Ainsi ces vaisseaux sont pâles et décolorés; ils ne présentent aucune trace d'injection; leur parois conservent leur épaisseur normale, de sorte qu'en les vidant par la ponction du pus qu'ils contiennent, leurs parois s'affaissent comme dans l'état ordinaire. Ces vaisseaux n'ont pas subi d'altération de consistance, car en les soumettant à des tractions ils résistent comme dans l'état normal. Cet état, qui est le plus ordinaire, n'a échappé à aucun des observateurs qui ont fixé leur attention sur ce point isolé de la métro-péritonite. MM. Dugès, Danyau, Tonnellé, Nonat, M. le professeur Cruveilhier, ont tous fait la même remarque; et, comme nous le verrons bientôt, chacun de ces observateurs donne à cet état d'intégrité des parois une valeur et une importance plus ou moins grandes.

Ainsi, la plus grande activité du système absorbant lors de l'accouchement; la présence du pus que contient le péritoine, et au milieu duquel nage l'utérus; l'infiltration purulente du tissu cellulaire sous-péritonéal; la suppuration des ovaires, des trompes, celle de la face interne de l'utérus; d'une autre part, la présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques qui partent de ces différens points ou bien qui les traversent, l'intégrité parfaite des parois de ces vaisseaux, sont autant de circonstances sur lesquelles repose l'opinion de l'absorption.

Mais des raisons, bien puissantes sans doute, sont invoquées en faveur de l'opinion de l'inflammation des vaisseaux lymphatiques.

D'abord, l'intégrité des parois des vaisseaux lymphatiques n'est pas constante, quoique très-fréquente et quoique existant, on peut le dire, dans la majorité des cas. Les parois de ces vaisseaux ont été observées avec diverses altérations. Quelquefois au lieu d'être blancs et pellucides comme dans l'état ordinaire, les lymphatiques ont perdu leur transparence; leur parois sont devenues plus ou moins opaques. Dans d'autres circonstances, les membranes qui entrent dans la composition de ces parois sont plus ou moins injectées et offrent des traces d'hypérémie bien marquée. Quelquefois ce n'est plus une simple injection des parois des vaisseaux que l'on observe, ce sont des altérations de consistance. Ainsi plusieurs observateurs ont rencontré ces vaisseaux plus ou moins ramollis, plus ou moins faciles à déchirer, et cédant à la traction la plus légère. D'autres ont constaté une altération tout opposée, c'est-à-dire, une induration plus ou moins marquée de leurs parois; induration telle, que lorsqu'on venait à les ouvrir par une ponction, ils ne revenaient pas complétement sur eux-mêmes. Quant au tissu cellulaire qui environne les vaisseaux lymphatiques ainsi altérés, il a été vu infiltré de pus, de sérosité jaunâtre, ou bien il avait subi un certain degré d'induration.

Pour ce qui est des rapports qui existaient entre les lymphatiques injectés de pus et les points en suppuration que présentaient le péritoine, le tissu cellulaire sous-péritonéal, l'utérus et ses annexes, voici les faits qui sembleraient contraires à l'opinion de l'absorption du pus, et favorables à celle de l'inflammation.

La suppuration des vaisseaux lymphatiques ne se montre pas uniquement dans les cas où le péritoine contient cette suppuration phlegmoneuse qui remplit le petit bassin; on l'observe aussi dans plusieurs cas de péritonite caractérisée par des fausses membranes très-épaisses et par une absence presque complète d'épanchement. Nous pouvons ajouter aussi que dans les cas où le pus occupe le petit bassin, et dans lesquels il y a cette sorte de macération de l'utérus au milieu du liquide purulent du petit bassin, sur laquelle nous avons insisté, les vaisseaux lymphatiques infiltrés de pus n'occupent plus la superficie de l'organe, les deux bords et les ligamens larges, mais on les rencontre dans l'épaisseur du tissu de l'organe, et par conséquent ils ne sont plus en rapport presque immédiat avec la suppuration, et ne peuvent être considérés comme ayant exercé sur elle leur action absorbante.

L'infiltration purulente du tissu cellulaire sous-péritonéal, très-fréquente, il est vrai, dans les cas où l'on observe du pus dans les lymphatiques, ne se rencontre pas toujours. D'ailleurs, quand elle existe, ce n'est pas toujours dans le point où l'on observe les lymphatiques purulens. Souvent c'est dans une région d'où ils ne tirent pas leur origine : quelquefois, par exemple, ce sont les lymphatiques du côté droit qui charrient du pus, et c'est du côté gauche qu'a lieu l'infiltration purulente du tissu cellulaire sous-péritonéal. D'autres fois, et ce fait n'est pas moins remarquable que le précédent, on voit ces infiltrations séro-purulentes, quelquefois même de véritables abcès sous-péritonéaux traversés par des vaisseaux lymphatiques parfaitement sains, et dans lesquels on ne rencontre aucune trace de suppuration.

Les collections purulentes au milieu du tissu propre de l'utérus, ou bien l'infiltration purulente de ce tissu, sont deux lésions assez rares; et quand on les rencontre, les lymphatiques qui avoisinent ou qui traversent ces parties ne présentent pas constamment du pus; souvent, au contraire, ils ont été vus dans une intégrité parfaite.

Quant à la suppuration de la face interne de l'utérus, quant à ces couches pseudo-membraneuses qui la recon-

vrent, et à ces escarres gangréneuses que la suppuration a détachées en partie, souvent la suppuration des vaisseaux lymphatiques a été constatée dans ces circonstances; mais quelquefois aussi l'on a observé ce même état des vaisseaux lymphatiques lorsqu'il n'existait à la face interne de la matrice qu'une simple couche sanguinolente, ou bien des ramollissemens sans aucune trace de suppuration. Dans notre résumé, dans celui que nous avons emprunté à M. Tonnellé, cette particularité s'est présentée plusieurs fois.

Portons-nous notre attention sur les rapports qui existent entre la suppuration des vaisseaux lymphatiques et celle des annexes de l'utérus, nous pouvons répéter ce que nous avons dit au sujet de la suppuration du péritoine. Ainsi dans les cas de suppuration des ovaires et des trompes utérines, quelquefois les vaisseaux lymphatiques qui en partent renferment du pus, mais souvent aussi ces vaisseaux n'en renferment aucune trace, et c'est dans les lymphatiques d'une toute autre région de la matrice que la lésion s'observe.

Mais le fait qui, sans contredit, est le plus frappant, celui dans lequel on ne peut révoquer en doute l'inflammation des vaisseaux lymphatiques, c'est la suppuration de ces vaisseaux, indépendamment non-seulement de toute trace de suppuration, mais encore de toute altération du péritoine, de l'utérus et de ses annexes. Deux faits de ce genre sont signalés par notre ancien collègue M. Tonnellé, et il est bien regrettable qu'il n'en ait pas donné l'histoire détaillée. Un troisième fait a été observé par M. Cruveilhier, qui l'a publié dans tous ses détails.

Tels sont les argumens dont se servent les auteurs qui ont étudié la suppuration des vaisseaux lymphatiques, les uns pour soutenir que le pus a été introduit dans ces vaisseaux par une simple absorption, les autres pour prouver qu'il s'est formé de toutes pièces dans l'intérieur des vaisseaux et par suite de leur inflammation. C'est d'après le nombre de faits que le hasard a groupés en faveur de telle et telle opinion, que chacun d'eux a soutenu l'une ou l'autre de ces deux théories. Longtemps nous avons pensé que la suppuration des vaisseaux n'était qu'un phénomène d'absorption ; car les faits étaient venus s'accumuler pour faire naître en nous cette opinion. Longtemps aussi M. Cruveilhier adopta cette manière de voir; mais des fait nouveaux l'amenèrent bientôt à douter, et enfin lui firent adopter une opinion contraire. Ces nouveaux faits ont aussi fortement ébranlé notre conviction ; aussi pensons-nous qu'il est impossible d'admettre une seule et même lésion, un seul et même phénomène dans tous les cas de suppuration des vaisseaux lymphatiques de l'utérus. Il est vrai que l'on a proposé une explication qui s'appliquerait à tous les cas, mais il nous semble, comme nous le verrons bientôt, que cette explication pêche par certains côtés.

Lorsqu'un vaisseau lymphatique contient de la suppuration dans son intérieur; lorsque ses parois présentent de la rougeur ou bien des concrétions pseudo-membraneuses; lorsqu'elles ont subi un certain degré d'épaississement, ou bien, lorsque ramollies et fragiles, elles cèdent à la moindre traction ; lorsque le tissu cellulaire environnant a subi cette induration que l'on observe autour des veines enflammées ; lorsqu'enfin ces lésions se montrent indépendamment de toute lésion, soit du péritoine, soit de l'utérus et de ses annexes, on ne doit pas hésiter à considérer la présence du pus dans les lymphatiques comme le résultat de leur inflammation. En effet, ces lésions sont celles qui caractérisent l'inflammation de ces vaisseaux ainsi que celle des autres parties de l'arbre circulatoire.

Mais le fait de l'inflammation, irrécusable pour le cas précédent, est-il applicable à tous les cas de suppuration des vaisseaux lymphatiques? De ce que ces vaisseaux ont pu, dans certaines circonstances, sécréter du pus dans leur intérieur, en sera-t-il toujours ainsi? Voyons ce qui se passe dans d'autres plus complexes : nous allons voir l'incertitude d'abord poindre, puis grandir.

Les vaisseaux lymphatiques épaissis, ainsi ramollis, ainsi injectés, sont superficiels ; ils ont été baignés par la suppuration du péritoine, ils rampent au milieu d'un tissu cellulaire sous-péritonéal infiltré de pus, ou bien en suivant leurs radicules, on les voit se rendre vers un point du corps ou des annexes de l'utérus qui est le siége d'une suppuration plus ou moins abondante. Ici encore la phlegmasie des vaisseaux ne peut être mise en doute puisqu'ils présentent des traces incontestables d'inflammation. Mais on peut se demander si cette inflammation est primitive, et si elle n'est pas la suite d'un phénomène d'absorption.

Les vaisseaux lymphatiques qui charrient le pus ne présentent plus aucune altération ; leurs parois sont pâles, elles ont conservé leur épaisseur et leur consistance normales. Mais, de même que dans les cas précédent, ils sont en rapport avec la suppuration, soit du péritoine, soit du tissu cellulaire sous-péritonéal, soit de toute autre partie de l'utérus ou de ses annexes. Que dire alors pour expliquer la suppuration des vaisseaux lymphatiques? Dirons-nous, par exemple, avec MM. Tonnellé et Nonat, que les lymphatiques qui contiennent la suppuration, n'en sont pas moins enflammés pour cela? Dirons-nous, avec M. Nonat, que la présence du pus dans leur intérieur suffit pour témoigner de leur inflammation, et avec M. Tonnellé, que le propre des membranes pellucides est de ne laisser que des traces à peine sensibles de leur phlegmasie? Non, sans doute, car avant tout, soyons conséquens avec nous-même. Tout à l'heure les caractères anatomiques de l'inflammation de ces vaisseaux, l'injection, l'épaississement, le ramollissement de leurs parois étaient bien connus de ces Messieurs, et voilà qu'en présence d'une autre série des faits, ces lésions si caractéristiques, ne sont plus essentielles et ont perdu toute leur valeur. Si l'inflammation des lymphatiques entraîne après elle certaines lésions, toutes les fois que ces vaisseaux seront enflammés, les mêmes lésions devront se trouver, non pas toujours toutes réunies, mais en plus ou moins grand nombre, de même que dans les cas d'inflammations veineuses les lésions se reproduisent toujours d'une manière constante et avec une valeur toujours égale. C'est ici qu'il est permis de douter fortement, et que l'on ne peut en saine logique admettre

une inflammation des vaisseaux lymphatiques utérins. Pour que la question fût résolue en faveur de l'inflammation dans ces cas d'intégrité des parois vasculaires, il faudrait que du pus eût été observé dans ces vaisseaux indépendamment de toute lésion de leurs parois, du péritoine, de l'utérus et de ses annexes. Alors on pourrait affirmer que les vaisseaux lymphatiques peuvent être enflammés au point du sécréter du pus dans leur intérieur sans que cette inflammation laisse sur leurs parois les traces de son existence. Mais malheureusement il n'existe qu'un seul fait qui puisse actuellement juger la question. C'est le fait observé et rapporté par M. Cruveilhier. Il réunit effectivement toutes les conditions voulues ; il y a suppuration dans les vaisseaux lymphatiques indépendamment de toute lésion du péritoine, de l'utérus et de ses annexes. Voyons, si dans ce fait il existe suppuration des vaisseaux sans traces de phlegmasie et sans altération de leurs parois. Nous trouvons dans les détails de l'autopsie les particularités suivantes, relativement à l'état des parois des vaisseaux lymphatiques. « Les vaisseaux superficiels de l'utérus forment des cordons noueux le long des faces et des bords de cet organe, et le long de la veine ovarique du côté gauche. Le pus cesse brusquement dans les vaisseaux, et par conséquent n'atteint pas les ganglions lombaires. Les vaisseaux ouverts donnent issue à un pus d'une certaine consistance, et au milieu duquel se voient *quelques concrétions blanchâtres assez semblables au coagulum que l'on rencontre dans les veines.* Les parois de ces vaisseaux étaient *entourées d'un tissu cellulaire dense, et les orifices des coupes de ces vaisseaux ne s'affaissaient pas complètement.* » Ainsi dans le seul fait qui puisse être invoqué pour juger la question, nous voyons que les vaisseaux lymphatiques présentent ces altérations de leurs parois reconnues pour être le produit de leur inflammation, c'est-à-dire, qu'il y a épaississement des parois de ces vaisseaux, induration du tissu cellulaire ambiant, et pseudo-membranes à leur intérieur, et que, par conséquent, il est impossible, dans ce cas, de dire que le pus contenu dans leur intérieur *est la seule trace de leur phlegmasie,* ou bien que les parois de ces vaisseaux, ainsi que *les membranes pellucides, ne doivent laisser que très-peu de traces de leur phlegmasie.*

Certes, l'opinion de M. Cruveilhier nous paraît plus admissible, quoiqu'elle ne soit encore qu'une hypothèse. Elle a au moins le mérite de n'être entachée d'aucune contradiction. M. Cruveilhier admet que les vaisseaux lymphatiques ne sont pas enflammés dans les portions que l'on observe le plus ordinairement, c'est-à-dire, dans leurs troncs principaux, et l'absence de toute lésion phlegmasique en est pour lui un sûr garant. Mais, suivant lui, le pus n'en est pas moins le produit d'une phlegmasie qui aurait attaqué un point plus ou moins éloigné du système lymphatique et plus ou moins rapproché de ses ramifications capillaires. Le pus formé vers ces radicules véritablement enflammées pourrait circuler ainsi dans le reste des vaisseaux sans en produire l'inflammation, et dès lors s'expliquerait l'absence de toute trace de phlegmasie dans les vaisseaux d'un calibre déjà considérable. M. Cruveilhier base cette opinion surtout sur un fait dont il a été témoin. A l'autopsie d'un homme qui succomba à une fièvre typhoïde, et chez lequel avait existé un phlegmon suppuré de la jambe, il observa du pus dans les vaisseaux lymphatiques et jusque dans les ganglions inguinaux. Jusqu'au tiers moyen de la cuisse l'on trouvait un tissu cellulaire dense, infiltré de sérosité tout autour du vaisseau. Mais au-dessus l'on voyait du pus dans ces vaisseaux sans aucune trace d'infiltration ou d'injection autour d'eux. Les ganglions inguinaux présentaient le même état d'intégrité. Un phénomène analogue se passerait donc, suivant M. Cruveilhier, dans les vaisseaux lymphatiques de l'utérus. Cette opinion nous semble beaucoup plus probable que celle qui consiste à admettre des lésions caractéristiques de la lymphangite, et à les rejetter ensuite un moment après quand elles deviennent embarrassantes pour l'explication des phénomènes. Mais pour être assise sur des bases solides, cette manière de voir demanderait des faits qui nous manquent : il faudrait, comme dans ce cas de phlegmon à la jambe, que l'on eût observé des vaisseaux lymphatiques charriant du pus avec intégrité de leurs parois, dans une certaine étendue, et avec traces de phlegmasie sur les branches d'un calibre inférieur. Or, les faits de cette nature manquent et manqueront peut-être encore longtemps, car des difficultés sans nombre entourent de pareilles recherches, que les investigations microscopiques pourraient peut-être seules rendre fécondes en résultats.

Nous pensons donc que cette question, qui semblait être résolue, ne l'est pas encore entièrement ; que là où les faits manquent nous devons nous arrêter ; que passer outre serait s'engager sur un terrain trop mouvant sur lequel on ne saurait bâtir faute de point d'appui. Aussi est-il impossible pour nous d'admettre que dans tous les cas où l'on rencontre du pus dans les vaisseaux lymphatiques de l'utérus, ces vaisseaux sont le siége d'une phlegmasie. Elle sera évidente pour nous cette phlegmasie dans les cas où il existe des traces d'inflammation ; dans les autres nous sommes bien forcés d'admettre, soit un simple phénomène d'absorption, soit une lymphangite capillaire qui donnerait naissance à la suppuration, et permettrait au pus de circuler dans le reste du système lymphatique sans l'enflammer, et c'est l'observation qui pourra seule donner plus de poids à l'une ou à l'autre de ces deux hypothèses.

Symptômes qui accompagnent la suppuration des vaisseaux lymphatiques de l'utérus.— Lorsque les lymphatiques des parties extérieures sont frappés d'inflammation, le diagnostic n'est pas difficile à établir. Le trajet connu de ces vaisseaux, leur forme que l'inflammation rend encore plus évidente en exagérant les renflemens qu'ils présentent, et leur aspect moniliforme, la traînée de rougeur et de douleur qu'ils laissent dans toute l'étendue où ils sont enflammés, sont des caractères auxquels ne pourrait se tromper aucun observateur instruit de la possibilité de leur inflammation. En est-il de même des vaisseaux lymphatiques situés profondément? Que le vaisseau, au lieu d'occuper la superficie d'un membre,

en occupe la profondeur, le diagnostic devient impossible : que dire alors de la phlegmasie des vaisseaux lymphatiques de viscères tels que la matrice? Ces vaisseaux sont encore bien plus éloignés et soustraits d'une manière bien plus complète encore à tous nos moyens d'investigation. Ce qui vient encore ajouter aux difficultés, c'est que rarement l'altération des vaisseaux lymphatiques existe seule; elle s'accompagne, dans la grande majorité des cas, d'autres lésions qui, par leur nature, leur étendue, les symptômes qu'elles provoquent, doivent parler plus haut que l'altération des vaisseaux lymphatiques. Ajoutons de plus à ces considérations que, si la suppuration des vaisseaux lymphatiques de la matrice n'est pas une maladie à part, et que si elle est seulement la conséquence d'autres maladies, soit du péritoine, soit de l'utérus et de ses annexes; si, par exemple, cette suppuration n'est qu'un phénomène d'absorption, les malades succomberont dans la plupart des cas par la maladie primitive, et avant que la présence du pus dans le système lymphatique ait eu le temps de se révéler par des symptômes propres.

Nous ferons remarquer à l'appui de cette dernière considération, que la suppuration des vaisseaux lymphatiques n'imprime pas à l'économie une modification aussi rapide que la présence du pus dans le système veineux. Une fois formée dans les veines, la matière purulente est bientôt portée dans tout le système circulatoire. Le système veineux, en effet, offre un libre passage à la matière purulente qui est en circulation dans son intérieur; mais il n'en est plus de même dans le système lymphatique. Le pus, avant d'arriver dans le torrent circulatoire, est arrêté plus ou moins longtemps dans les ganglions lymphatiques où se rendent les vaisseaux lymphatiques qui le charrient. C'est ce que prouve en effet l'anatomie pathologique ; presque toujours la suppuration est bornée aux lymphatiques de l'utérus ; quelquefois elle s'étend jusqu'aux ganglions, et très-rarement on la retrouve dans le canal thoracique, puisque nous ne trouvons que deux cas de cette espèce sur quatre-vingts cas de suppuration des vaisseaux lymphatiques. Du reste, M. Cruveilhier a été vivement frappé de cette différence si essentielle entre la suppuration des veines et celle des vaisseaux lymphatiques, et c'est ce qui lui fait dire dans l'excellent article que nous avons déjà mis à contribution : « Les liquides en circulation dans les vaisseaux lymphatiques n'arrivent pas directement dans le sang. Ils traversent un ou plusieurs ganglions lymphatiques, espèces de filtres vivans où le liquide est en quelque sorte jugé et le plus souvent arrêté lorsqu'il possède des qualités délétères. » «Voyez, ajoute-t-il, ce qui se passe dans les piqûres des anatomistes. Les vaisseaux correspondans à la plaie s'enflamment, mais rarement on observe des phénomènes généraux, et quand ils existent rien ne prouve qu'ils aient été le produit de la présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques. »

Toutes ces circonstances sont autant de difficultés pour le diagnostic de la maladie, et elles en rendent la symptômatologie des plus incertaines. Il faudrait, ainsi que l'observe M. Bouillaud (1), rencontrer cette affection à l'état simple, isolée de toute autre inflammation, afin de pouvoir en analyser les symptômes, et les faits de cette espèce manquent complètement. Pour nous, nous ne connaissons que l'observation rapportée par M. Cruveilhier, qui puisse servir à une analyse de cette espèce, et nous allons voir quels sont les phénomènes en relief dans cette observation.

Obs. IXe. — *Fièvre puerpérale; mort le 9e jour; pus dans les vaisseaux lymphatiques sans autre lésion.* — Girardot (Marguerite), âgée de 36 ans, d'une forte constitution, entrée le 2 mai 1831, accouche le même jour. Le travail dure neuf heures. (L'épidémie avait complétement cessé). État très-satisfaisant le 3 et le 4 au matin. Le 4 au soir, frisson qui dure une demi-heure, et est suivi de sueur et de céphalalgie.

Le 5, à la visite, fréquence du pouls; pression à l'hypogastre déterminant une douleur légère. (30 sangsues; cataplasme; bain de siége; gomme édulcorée; diète).

Le soir, vomissemens de matières verdâtres; plusieurs selles en diarrhée.

Le 6, pouls fréquent, développé; face rouge; céphalalgie; hypogastre douloureux à la pression; toux et mouvemens développant de la sensibilité vers cette région. Soif. Chaleur, sécrétion laiteuse. (Saignée; bain de siége; cataplasme; 20 sangsues à l'hypogastre).

Le 7, céphalalgie moindre; vomissemens bilieux; douleur à l'hypogastre vers la fosse iliaque gauche; pouls marquant 128 pulsations; nausées; efforts de vomissemens et vomissement au moindre mouvement, à la moindre ingestion de boissons (20 sangsues; bain de siége; potion avec bi-carbonate de soude; limonade citrique.)

Les 8, 9, 10, point d'amélioration; face altérée, jaunâtre; douleur légère; tuméfaction à la région hypogastrique, et surtout à gauche; pression assez forte pour déterminer la sensibilité. Du reste, ventre non ballonné; pouls faible et fréquent, à 128 pulsations. (Demi-potion calmante pour la nuit; bain de siége.)

Le 11, la malade se croit très-bien, demande à manger. Loquacité. On est obligé de lui imposer silence. Pouls petit, fréquent; 128 pulsations. Abdomen volumineux, mais souple, indolent; plus d'envies de vomir, mais selles en diarrhée. (Demi-potion calmante; 3 bouillons, confitures; bain de siége.)

Le soir, pouls extrêmement petit et fréquent; agitation extrême pendant la nuit; insomnie. Une selle en diarrhée.

Le 12, pouls misérable, extrêmement fréquent; abdomen insensible; léger délire. (Potion avec sulfate de quinine, gr. 12; deux vésicatoires aux cuisses.)

Le 13, délire violent qui oblige de fixer la malade dans son lit. Ce délire est diminué à l'aide d'une potion calmante. Mort à huit heures du soir, onzième jour de l'accouchement et neuvième de l'invasion de la maladie.

---

(1) *Dict. de Méd. et de Chir. pratique*, art *Lymphangite*.

Autopsie le 14 au matin, 17 heures après la mort. — Point de péritonite, point d'inflammation du tissu cellulaire sous-péritonéal. Les vaisseaux superficiels de l'utérus forment des cordons noueux le long des faces et des bords de cet organe, et le long de la veine ovarique du côté gauche. Le pus cesse brusquement dans ces vaisseaux, et par conséquent n'atteint pas les ganglions lombaires. Ces vaisseaux ouverts donnent issue à un pus d'une certaine consistance, et au milieu duquel se voient quelques concrétions blanchâtres, élastiques, assez semblables au coagulum que l'on rencontre dans les veines. Plusieurs de ces vaisseaux aboutissaient aux ganglions lymphatiques qui occupent le trou sous-pubien. Les parois de ces vaisseaux étaient entourées d'un tissu cellulaire dense, et les orifices des coupes de ces vaisseaux ne s'affaissaient pas complétement. En coupant l'utérus par couches minces successives, on voyait une multitude d'ouvertures pleines de pus; ces ouvertures appartenaient non à des veines, mais à des vaisseaux lymphatiques, lesquels formaient des aréoles entre les diverses couches de l'utérus. Les veines étaient dans l'état le plus parfait d'intégrité.

La face interne de l'utérus, les cotylédons utérins étaient recouverts d'une couche noirâtre pseudo-membraneuse; les veines de ces cotylédons étaient remplies de sang.

Les ovaires, les trompes, tous les organes de l'abdomen, du thorax, et le cerveau étaient dans l'état le plus parfait d'intégrité. (Cruveilhier. *Anat. pathol. du corps humain.* 13e livr. p. 5.)

Nous trouvons dans cette observation un grand nombre de phénomènes qui s'observent dans les cas de métro-péritonite, compliqués d'autres lésions que de lymphangite. Plusieurs de ces symptômes appartiennent aussi bien à la métrite simple, à la péritonite, à la phlébite utérine qu'à la lymphangite; essayons cependant de signaler quelques légères nuances que des faits plus nombreux viendront, il faut l'espérer, faire ressortir davantage.

La douleur que la malade a éprouvée vers la région de l'utérus, n'a jamais été très-vive. Cette douleur était bornée à la région hypogastrique et s'étendait un peu vers la fosse iliaque gauche; pour se révéler, elle exigeait une pression assez forte. Nous retrouvons là une analogie frappante avec la phlébite utérine ou bien avec la métrite simple; car dans ces deux affections, lorsqu'elles sont simples, la douleur que détermine la pression exercée à l'hypogastre n'est jamais très-vive. Cette concentration de la douleur vers l'hypogastre, son peu d'acuité, peut servir aussi à distinguer la maladie de la péritonite, dans laquelle la douleur est beaucoup plus générale, et déterminée dans toute l'étendue du ventre par la pression la plus légère.

La tuméfaction était bornée à l'hypogastre, ce qui dépendait de ce que l'utérus n'était pas revenu sur lui-même. Dans la phlébite utérine, dans la métrite simple, dans la métrite gangréneuse, nous retrouvons cette même particularité. Ici encore se trouve un caractère différentiel entre la lymphangite et la péritonite, c'est l'absence de ballonnement du ventre. Mais, ainsi que nous venons de le dire, ce caractère différentiel se retrouve dans la phlébité utérine, dans la métrite simple ou la métrite gangréneuse. Mais si les deux affections se combinent, ce qui arrive souvent, si, en même temps que le péritoine est frappé d'inflammation, le système lymphatique l'est aussi; alors ce caractère distinctif disparaît complétement.

Les nausées et les vomissemens se sont présentés au début de la maladie et ont persisté pendant un temps assez long. Or, ces phénomènes se présentent au début de la métrite simple, au début de la phlébite utérine, et surtout au début de la péritonite. Nous ne pouvons donc retirer de leur présence aucun caractère distinctif. La diarrhée qui est survenue au bout de quelques jours, et qui semble avoir remplacé les vomissemens, se retrouve aussi dans presque tous les autres cas de métro-péritonite avec absence de lymphangite.

Du côté de la respiration, nous ne trouvons aucun phénomène particulier. Or, elle est excessivement accélérée et très-pénible dans la péritonite. Dans la métrite gangréneuse, elle est extrêmement fréquente, les malades semblent, en quelque sorte, périr par une véritable asphyxie.

Quant à la circulation, elle a présenté une fréquence que l'on retrouve dans tous les cas de péritonite, le pouls a acquis une petitesse excessive, mais seulement au bout de quelque temps. Donnerons-nous comme caractère distinctif que, dans la péritonite, le pouls offre dès le début de la maladie, de la petitesse et de la concentration? Dirons-nous, pour établir sous ce rapport quelque différence avec la métrite gangréneuse que, dès le début, la circulation est petite, misérable, qu'elle paraît se suspendre dans les capillaires et que l'on observe une teinte violacée de la face et des extrémités? Mais cette distinction, qui paraît peut-être un peu subtile, a besoin de s'étayer sur des faits plus nombreux.

La malade a éprouvé des frissons au début de la maladie, et c'est de cette manière que débutent, soit la péritonite, soit la phlébite utérine, soit la métrite gangréneuse. Mais ce frisson ne s'est montré qu'au début de la maladie et ne s'est pas montré les jours suivans. Nous trouvons ici un caractère qui peut servir à faire distinguer la lymphangite à l'état de simplicité d'avec la phlébite utérine; dans cette dernière maladie, en effet, l'on observe presque toujours des frissons irréguliers, qui reviennent à plusieurs reprises dans la même journée, et cela jusqu'à la terminaison fatale de la maladie. Ce dernier caractère a été donné par M. Nonat, comme le seul qui puisse servir à faire distinguer la lymphangite de la phlébite.

Nous remarquerons du côté des sécrétions, une particularité dans l'observation de M. Cruveilhier; c'est que la sécrétion du lait ne s'en est pas moins opérée, quoique la maladie fût déjà développée. Dans la péritonite, dans la métrite gangréneuse, cette sécrétion ne s'opère pas et les mamelles s'affaissent au lieu de présenter cette turgescence qui accompagne la sécrétion laiteuse.

Quant aux phénomènes qui ont existé du côté du système nerveux, ils n'appartiennent pas essentiellement à la lymphangite, on les retrouve dans la péritonite simple. Dans la phlébite utérine, des phénomènes typhoïdes très-prononcés apparaissent. Dans l'observation de M. Cruveilhier, nous ne voyons aucun trait qui caractérise cet état et la malade est restée en proie à une agitation assez forte jusqu'au moment de sa mort.

M. Cruveilhier signale encore un trait qui distingue la lymphangite de la phlébite utérine ; c'est l'absence, dans la première de ces deux affections, de ces collections purulentes multiples que l'on retrouve si souvent dans les muscles, les parenchymes des viscères, et les articulations à la suite de la phlébite utérine. En effet, jamais nous n'avons trouvé de ces abcès dans les cas de suppuration des vaisseaux lymphatiques ; une seule fois (Obs. V.), nous avons trouvé une infiltration purulente autour de l'articulation d'un poignet; mais dans ce cas, il y avait en même temps phlébite utérine.

Tels sont les faits principaux que fait ressortir l'analyse de la seule observation de suppuration des vaisseaux lymphatiques avec intégrité complète de l'utérus et du péritoine, que la science possède jusqu'à ce jour. Il est à désirer que les observations de cette nature se multiplient, car c'est par elles seules que plusieurs points de la question pourront être éclairés.

Quant *au pronostic* de l'affection qui nous occupe, il paraît grave, et la mort semble être la terminaison la plus fréquente de la maladie. Mais ici encore les faits manquent, et l'on peut se demander si c'est plutôt aux lésions qui accompagnent la lymphangite, qu'à la lymphangite elle-même que les malades succombent. Cependant, d'après plusieurs faits que j'ai observés sur des malades qui avaient résisté aux accidens primitifs de la maladie, et qui avaient succombé beaucoup plus tard à des accidens de toute autre nature, j'ai trouvé des vaisseaux lymphatiques contenant çà et là une matière pseudo-membraneuse, adhérente aux parois des vaisseaux, faisant corps avec elles et tendant à les oblitérer, comme dans la phlébite qui se termine par l'oblitération du vaisseau. Du reste, M. Cruveilhier a observé les mêmes particularités : « La présence d'un pus concret, dit-il, chez les malades qui ont résisté aux accidens primitifs, semblerait dénoter qu'il se passe, dans les vaisseaux lymphatiques, quelque chose de semblable à ce qui se passe dans la phlébite circonscrite, c'est-à-dire, que le pus finit par être absorbé complétement. La concentration, la solidification du pus, attestent, en effet, le phénomène de l'absorption. »

Le traitement de la lymphangite utérine ne saurait être assis maintenant sur des bases certaines. Il faudrait que la question de savoir si cette suppuration des vaisseaux tient à leur inflammation ou bien à l'absorption du pus, eût été jugée définitivement; et, ainsi que nous ne cesserons de le répéter, la question est encore bien loin de pouvoir être résolue. Du reste, un traitement antiphlogistique énergique est, sans contredit, ce qu'il y a de plus rationnel; si la suppuration des vaisseaux lymphatiques est le résultat de leur inflammation, il sera propre à la combattre; si, au contraire, elle n'est qu'un phénomène d'absorption, ce phénomène succède à une inflammation qui frappe les parties environnantes, et qui se termine par suppuration. Alors le traitement antiphlogistique est encore le plus convenable pour prévenir la suppuration des parties auxquelles se distribuent les vaisseaux lymphatiques.

ARCHIVES DE LA MÉDECINE

HOMŒOPATHIQUE.

FÉVRIER 1835.

Observations pratiques ; par le Docteur T.-L. Rau.

C'est une chose digne de remarque que les partisans de toutes les secte médicales en appellent à l'expérience pour attester la vérité de leurs dogmes. Si nous cherchons à juger avec impartialité cette prétention, nous sommes obligés de convenir :

1° Que des méthodes différentes peuvent faciliter la guérison d'un grand nombre de maladies.

2° Qu'une foule de prétendues observations reposent sur de pures illusions, attendu qu'on attribue à l'art beaucoup de guérisons dont tout l'honneur appartient à la seule nature, qui fort souvent même triomphe malgré les traitemens les plus mal dirigés et malgré la réunion des circonstances les plus défavorables.

Allopathes et homœopathes, tous s'appuient sur cette vérité pour se contester réciproquement leurs expériences. Les uns et les autres vont trop loin, sous ce rapport que chaque parti n'épargne rien pour enlever tout mérite à l'autre et faire ressortir ses défauts. De pareilles contestations ont pour résultat de diminuer la confiance du public dans la médecine, et surtout de lui inspirer de la défiance contre le dogmatisme des médecins, qu'il voit attaquer avec une véhémence si passionnée.

Je n'ai pas le projet d'examiner ici jusqu'à quel point une réforme de la médecine est dans les besoins de notre époque. Mais pour rendre cette réforme possible, il fallait que le dogmatisme qui a régné jusqu'ici fût attaqué, et il n'y avait pas de meilleur moyen pour appuyer le nouveau système, que de recueillir des vérités empiriques. Jusqu'ici les homœopathes n'ont eu pour eux que ces vérités ; aussi n'ont-ils pas négligé de donner toute la publicité possible aux guérisons qu'ils obtenaient. Il était tout naturel que leurs adversaires les attaquassent avec les armes d'une critique sévère, qu'ils leur reprochassent d'avoir gardé le silence sur les cas où leurs moyens avaient échoué, et qu'ils représentassent leurs succès ou comme des illusions qu'on s'était plu à se faire dans des circonstances où le mérite appartenait tout entier à la nature, ou même comme de pures inventions : par contre aussi, ils n'ont point oublié de porter à la connaissance du public les résultats des traitemens homœopathiques qui ont échoué, et d'attribuer le défaut de succès à la négligence des méthodes prescrites par le dogmatisme régnant, comme si ces méthodes étaient elles-mêmes infaillibles.

Je ne disconviendrai pas qu'on ne puisse élever des doutes contre l'exactitude de quelques guérisons homœopathiques qui ont été publiées. Cependant, un si grand nombre de comptes-rendus portent tellement le cachet de la vérité, qu'il faudrait oublier toutes les convenances pour ranger parmi les mensonges ce que des médecins, même versés depuis longtemps dans la pratique de leur art, et connus non moins par leur amour de la vérité que par leur talent d'observation, ont jugé digne d'être mis à la connaissance du public. Mais celui qui prend ouvertement la défense de l'homœopathie doit se résigner à être attaqué par quelques membres d'un certain parti avec des armes dont on ne peut se résoudre à faire usage qu'après avoir abjuré tout sentiment d'urbanité. J'ai pris là-dessus mon parti, lorsque je me suis décidé à m'acquitter de ce que je considère comme un devoir, c'est-à-dire à soumettre au public assez nombreux qui m'a jusqu'ici honoré de sa confiance, les motifs qui, après trente-cinq ans d'exercice de la médecine, m'ont déterminé à passer dans les rangs de l'homœopathie.

Lorsqu'il y a treize ans je commençai à connaître la nouvelle méthode, j'étais le seul médecin d'une commune de vingt-deux mille ames, bien au delà même des limites de laquelle s'étendait encore ma clientelle. Ce n'était donc pas l'avidité du gain qui pouvait m'engager à consacrer mes courtes heures de loisir à une étude toute nouvelle. Je lus l'*Organon*, en partie avec intérêt, en partie avec déplaisir ; mais je crus ne devoir porter aucun jugement sur une doctrine si particulière, qu'après l'avoir mise à l'essai. Hahnemann n'avait pas été trop exigeant, en demandant qu'on l'imitât avant de le juger ; car, dans les choses de pure expérience ; l'examen doit précéder le jugement.

Un jeune paysan qui avait souffert pendant quinze jours d'un violent stomacace, fut le premier malade sur lequel je fis usage des moyens homœopathiques. Je lui donnai un grain de la seconde atténuation du mercure soluble, en lui enjoignant de me faire savoir dans trois jours comment il se trouverait. Mais il ne reparut plus, et lorsque, quinze jours après, je le vis dans une course qui me fit traverser son village, il m'apprit avec joie que son état s'était fort aggravé pendant les vingt-quatre premières heures qui suivirent la prise de la poudre, mais qu'ensuite l'amélioration avait fait des progrès si rapides, qu'au bout de deux jours à peine restait-il encore quelques traces de l'affection, en sorte qu'il n'avait pas jugé à propos de revenir me voir. Ce cas d'aggravation homœopathique, suivie d'améliora-

tion, m'aiguillonna à continuer mes essais. D'abord, je ne choisis pour cela que des maladies exemptes de dangers, et pour la plupart à ma portée, afin que je pusse les observer convenablement. Quant aux autres maladies, je continuais à les traiter d'après les règles de l'ancienne école. Il se passa ainsi des années avant que j'acquisse la conviction que la méthode homœopathique méritait absolument la préférence. Mais, dès qu'elle fut entrée dans mon esprit, je cessai d'employer les autres méthodes, à l'exception des cas rares où d'insurmontables obstacles s'opposaient à ce que j'appliquasse celle-là.

L'homœopathie était encore à cette époque dans un état voisin de l'enfance, et moi-même j'étais trop novice pour pouvoir procéder avec l'assurance que peut-être suis-je parvenu plus tard à acquérir. Je passerai donc sous silence une partie des observations que je recueillis alors, pour m'attacher à celles qui furent le fruit de ma pratique ultérieure, et qui pourront montrer d'une manière plus sensible ce qu'en général l'homœopathie a le pouvoir d'accomplir. Mais, comme je n'ai que la vérité en vue, je n'omettrai pas non plus les cas dans lesquels j'ai échoué.

I. *Maladies inflammatoires.* — Il n'est point de maladies qui aient donné lieu à plus de recherches, d'opinions et d'hypothèses sur leur nature et leur essence. On pourrait écrire un in-folio sur l'histoire de l'étude des maladies inflammatoires, et le seul énoncé des différentes classifications qu'on a établies pour elles remplirait un énorme registre. Le résultat, vraiment décourageant pour la science, d'un semblable travail, serait qu'il n'existe peut-être pas de forme de maladie dont on n'ait essayé de rapporter l'essence ou la cause prochaine à l'inflammation. Je ne m'engagerai point ici dans les subtilités de la théorie, et je me bornerai à communiquer mes remarques sur le traitement des affections qui surviennent aux parties internes, se caractérisant par de la rougeur, un gonflement pulsatif, de la chaleur et de la douleur, et, de l'avis unanime des meilleurs pathologistes, dépendant d'une exaltation anormale de la vie plastique, affections que les médecins de toutes les écoles s'accordent à appeler inflammatoires et à traiter comme telles.

Il est remarquable que ces formes de maladies naissent souvent avec une extrême rapidité, même chez des sujets débiles, épuisés, peu chargés de sang et d'humeurs, et acquièrent en peu d'heures un haut degré d'intensité, annoncé par les yeux scintillans, le visage en feu, la peau brûlante, et le pouls plein, comme si le sang allait déchirer les vaisseaux. Peut-on admettre qu'en si peu de temps il se soit développé une surabondance absolue du sang? Une observation publiée naguère porte qu'à l'ouverture d'un cadavre on trouva des inflammations dans les organes internes, que les émissions sanguines mises en usage avaient été parfaitement indiquées, mais qu'elles n'avaient pas suffi pour mettre des bornes à l'inflammation, et que cependant la constitution du malade interdisait de les multiplier davantage. Plus d'un cas semblable s'est déjà présenté, et dans d'autres on a franchement avoué que, la faiblesse n'ayant pas permis de continuer à tirer du sang, parce que le malade en serait mort infailliblement, on avait été forcé de le voir mourir de l'inflammation. Dans beaucoup d'autres circonstances l'inflammation a bien cédé aux émissions sanguines; mais il s'en est suivi un épuisement dangereux, contre lequel l'art ne peut souvent rien. On se console alors en disant que le malade a été délivré de l'inflammation par un traitement conforme aux règles de l'école, et qu'à coup sûr il ne serait pas mort s'il n'était survenu une fièvre nerveuse ou une paralysie du poumon. Les cas semblables, où le malade périt des suites du traitement, ne sont pas rares, non plus que ceux où des saignées abondantes et réitérées ne peuvent rien contre l'inflammation, où, malgré elles, cette dernière persiste dans les organes nobles, au milieu de la faiblesse portée à l'extrême, et ne trouve son terme qu'à la mort.

De tels faits justifient bien ceux qui demandent si l'on n'a pas trop généralement considéré le sang comme le support des maladies inflammatoires, et s'il ne serait pas possible de guérir celles-ci par d'autres moyens que par les émissions sanguines. Il y a déjà bien des années que je médite sur la solution de cet important problème et que je consacre d'une manière spéciale mon attention aux nombreux essais qui ont été tentés dans la vue d'opérer la guérison en diminuant l'irritation vasculaire. L'histoire nous dit que la nécessité des émissions sanguines a déjà été contestée et niée par plusieurs anciens. Mais il en advint ici comme il arrive toujours quand on suit une idée de prédilection. Les inconvéniens de la saignée ont été peints de couleurs trop sombres et on les a trop généralisés, parce qu'on ne distinguait point assez la véritable pléthore de la congestion. Or, les phlébotomistes ont à alléguer un trop grand nombre de résultats heureux, pour que les attaques de leurs adversaires puissent les écarter entièrement du champ de bataille. Cependant, les inconvéniens des émissions sanguines sont souvent très-graves, et assez souvent même dans des cas où l'on croyait avoir trouvé la plus pressante indication de l'emploi de ce moyen, sans pouvoir prévoir qu'il s'ensuivrait un mortel épuisement. Dans beaucoup d'autres cas, l'état inflammatoire d'un organe semble réclamer la saignée, mais la faiblesse générale défend d'y recourir. Quel est le médecin consciencieux qui ne s'est pas plus d'une fois trouvé embarrassé de savoir s'il devait ou non saigner?

L'homœopathie promet de nous délivrer de ces doutes. Mais je trouve très-naturel qu'on ne la croie pas sur parole, et qu'on veuille arriver à une conviction que l'observation attentive au lit du malade peut seule faire acquérir.

On a manifesté la crainte que, dans les inflammations violentes, celles surtout des organes nobles, où l'accumulation du sang met la vie en danger, l'emploi des moyens homœopathiques ne pût pas procurer d'assez prompts secours, et qu'il n'y eût d'ailleurs à redouter l'aggravation homœopathique. Cette crainte, qui n'est

peut-être pas tout à fait sans fondement, m'a plus d'une fois déterminé à commencer par une saignée, et à n'administrer qu'ensuite un moyen homœopathique, conduite à laquelle je pouvais d'autant plus facilement me résoudre, qu'il m'était impossible de considérer la diminution mécanique d'une substance agissant manifestement d'une manière nuisible, comme un acte en contradiction absolue avec le principe fondamental de l'homœopathie. Plusieurs autres médecins ont pensé de même, et, par l'aveu public de leurs opinions, ils ont entamé la grande dispute avec les sectateurs du parti qui, pour ne pas renoncer à la dignité d'homœopathe pur, condamne sans restriction toutes les émissions sanguines. Évidemment on a été trop loin sous ce rapport. Des saignées sont utiles et nécessaires, lorsque la réplétion énorme d'un organe noble par le sang fait craindre la paralysie ou la gangrène, et lorsqu'il y a indication d'éloigner aussi promptement que possible cet imminent danger. Au reste, voici quels sont en peu de mots les résultats de mon expérience :

1° La guérison des maladies inflammatoires par les émissions sanguines est en général plus lente que quand on a pu éviter de tirer du sang.

2° La nécessité de saigner a lieu plus rarement qu'on ne le croit, aussi longtemps qu'on n'a pas encore tout à fait renoncé aux allures de l'allopathie, et reconnu l'action aussi rapide que salutaire des médicamens homœopathiques bien choisis.

Ma conviction à cet égard a été rendue inébranlable par de nombreuses observations, et en feuilletant le journal que je tiens depuis de longues années, pour y comparer les résultats des méthodes allopathique et homœopathique, je trouve que l'avantage est tout du côté de cette dernière. Pour ne pas devenir trop prolixe, je me bornerai à rapporter quelques cas.

A. *Inflammations du poumon.* — 1° Une veuve de 62 ans, maigre et débile, avait eu, trois ans de suite, au printemps, une violente pneumonie, dont chaque fois je l'avais traitée, à la manière des allopathes, par les antiphlogistiques. La dernière maladie l'avait tellement affaiblie, qu'elle ne se rétablit ensuite que lentement, par l'emploi prolongé des fortifians. En 1822, je fus de nouveau appelé auprès de cette femme. La veille elle avait éprouvé un grand froid qui dura une demi-heure, et qui avait été suivi d'une chaleur brûlante, avec élancemens dans le côté droit de la poitrine; aussi la malade ne put-elle dormir pendant la nuit; elle ne fit que sommeiller quelques instans, pendant lesquels elle était aussitôt assiégée de songes confus. Elle se sentait fort mal, et doutait qu'elle pût en réchapper. Tête entreprise, avec pression dans les orbites; yeux brillans, pupilles dilatées, joues en feu, langue jaune, mais sèche, bouche sèche, pas beaucoup de soif, fréquens rapports aigres et amers, dégoût des alimens, répugnance pour le café, borborygmes dans le ventre, comme à l'approche de la diarrhée; respiration très-difficile, à cause des élancemens continuels dans le côté droit de la poitrine; la malade tousse souvent, mais ne crache que de temps en temps, avec beaucoup d'efforts, un peu de mucus sanguinolent. Peau brûlante, quoique la malade se plaigne fréquemment de frissons. Pouls plein, dur, intermittent à la 5e ou 6e pulsation, mais peu accéléré.

La grande faiblesse qui était restée après la maladie précédente, me faisait redouter cette fois les suites du traitement antiphlogistique ordinaire; je donnai une goutte de la sixième dilution du suc d'aconit, mêlée avec deux gros d'eau. Une demi-heure après, la malade éprouva un fourmillement dans tous les membres, puis une sueur générale; la poitrine était déjà notablement soulagée, et la respiration beaucoup plus libre. La sueur, légère et chaude, dura jusqu'à minuit. La malade dormit cinq heures d'un sommeil très-doux et sans rêves inquiétans. Le lendemain matin, elle me tendit la main en souriant et en assurant qu'elle était fort bien. Le point de côté avait disparu, la toux était rare; et l'expectoration, très-facile, consistait en mucosités blanches; le pouls était abattu, mais très-régulier. Le lendemain, la malade quitta le lit, et en peu de jours elle se rétablit parfaitement, sans prendre d'autres médicamens.

A cette époque je débutais dans l'homœopathie, et je ne connaissais pas encore assez les excellens effets des hautes dilutions. L'utilité dont fut ici une basse dilution ne peut s'expliquer que parce que la maladie commençait déjà à prendre un caractère nerveux. Dans les vives inflammations, purement artérielles, dont l'aconit est le véritable remède, une dose si massive produit infailliblement une forte aggravation homœopathique.

Depuis j'ai traité plusieurs centaines de pneumonies. Il m'est arrivé souvent, surtout lorsqu'on m'appelait de bonne heure, d'étouffer à la lettre la maladie, et de faire passer en peu de jours les sujets de la maladie à la santé. Mais souvent je n'ai pu qu'empêcher l'affection de devenir plus intense, et quelquefois trois, quatre et cinq jours se sont écoulés avant que l'état inflammatoire diminuât.

2° Une femme plus que septuagénaire, encore vive et agissante, sujette aux congestions, et qui avait eu souvent de violentes pneumonies, fut reprise de cette affection, et m'appela dès le lendemain. J'omets l'indication des symptômes connus, et je fais seulement remarquer que la première dose de la troisième dilution d'aconit n'amena aucun soulagement. Une seconde dose, prise quinze heures après, et une dose de bryone, administrée le lendemain matin, n'eurent pas plus d'effet. Vers le soir le point de côté et la gêne de la respiration acquirent une violence telle que je pris le parti de faire une saignée de huit onces, au bras du côté malade. Cette saignée soulagea. Le lendemain matin, la malade, qui avait un peu dormi, prit encore une dose de bryone, et quarante-huit heures après une goutte de la troisième dilution du suc de chanvre. Le septième jour de la maladie se manifesta une sueur critique, après laquelle quelques dartres, jusqu'alors desséchées, reparurent aux bras. Dès ce moment l'amélioration marcha lentement, de sorte qu'au bout de huit autres jours, la malade était en pleine convalescence. Ce fut là

le dernier cas où je me laissai entraîner par la violence de l'inflammation à pratiquer une saignée.

3° Cette femme fut reprise quelques années après de la même maladie. Elle avait eu à midi un grand froid fébrile, suivi d'une forte chaleur brûlante, et d'élancemens dans le côté gauche, avec gêne de la respiration et toux brève ; pendant la nuit, crachats muqueux teints de sang et beaucoup de soif. Je fus appelé le lendemain matin. Yeux brillans, visage en feu. Le pouls était variable, tantôt dur et plein, tantôt serré et souvent intermittent : la respiration bruyante et anxieuse, l'urine rare et d'un rouge foncé. Les dartres étaient de nouveau desséchées. Je donnai de suite l'aconit (30) ; au bout de six heures, aucun changement n'étant survenu, la malade prit une seconde dose, et le soir, vers huit heures, une troisième. La nuit fut mauvaise, et la nécessité d'agir avec énergie me fit prescrire, dans la journée, une dose d'aconit toutes les trois heures. La nuit qui suivit ne fut pas meilleure. Le matin, à sept heures, je donnai deux globules de la seizième dilution de teinture de soufre. A midi la malade se plaignit de démangeaisons à l'ancien siége des dartres. Le soir, le point de côté était notablement diminué, la respiration plus libre, la toux plus grasse, les crachats moins teints de sang. Dans la nuit, la peau devint moite, et trois heures de sommeil soulagèrent beaucoup. Le lendemain matin, la malade se refroidit probablement en changeant de linge ; à midi le point de côté et la gêne de la respiration augmentèrent ; la toux devint plus forte, le pouls plus dur et plus plein. Une dose d'aconit prise de suite et répétée au bout de six heures éloigna cette aggravation jusque vers minuit, et le lendemain matin une dose de bryone termina le traitement. La malade put se lever dès le 7e jour, et elle se rétablit avec une grande promptitude.

D'après les règles de la médecine allopathique, on eût infailliblement pratiqué deux saignées, posé des sinapismes et des vésicatoires, pratiqué des frictions avec les linimens volatils, prescrit des boissons d'abord rafraîchissantes, puis diurétiques, et ranimé enfin les forces par des toniques. Je demande si le résultat eût été aussi favorable qu'il le fut ?

4° Une femme de vingt ans, très-forte et haute en couleurs, éprouva pendant toute une journée des alternatives de frissons et de chaleurs passagères, avec mal de tête et vertige ; le soir, elle eut un frisson qui dura une heure, puis une forte chaleur fébrile avec élancemens dans le côté gauche et envie continuelle de tousser. Elle resta couchée le lendemain, croyant que la sueur lui procurerait du soulagement, mais son état s'aggrava d'heure en heure, le soir elle cracha des mucosités teintes de sang, et la nuit, qui fut sans sommeil, elle eut une forte fièvre, avec chaleur brûlante. Je fus appelé le matin, le visage était pourpre, les yeux gonflés, les pupilles rétrécies ; la lumière incommodait beaucoup ; les lèvres étaient brûlantes, et la langue très-rouge. Le front ruisselait de sueur, causée par la gêne excessive de la respiration. La malade ne pouvait se coucher que sur le dos, la respiration était courte, la toux fréquente et douloureuse, les crachats muqueux et teints de sang ; elle n'avait point eu de selles depuis vingt-quatre heures, et n'avait rendu que peu d'urine haute en couleur, quoiqu'une grande soif l'eût portée à boire beaucoup d'eau panée tiède. Le pouls était dur, plein, mais inégal et intermittent. Je donnai de suite deux globules d'aconit (X), vers le soir la chaleur fébrile augmenta, la malade était hors d'elle-même, elle répondait tout de travers, et les assistans ne jugèrent pas que l'énorme oppression de poitrine pût céder sans la saignée. On craignait la suffocation, et vers minuit on était sur le point de m'envoyer chercher, quand tout à coup l'état de la malade commença à devenir plus supportable. En arrivant le lendemain matin, j'appris qu'elle avait dormi tranquillement deux heures, et je la trouvai beaucoup mieux ; la respiration était plus libre, le point de côté moins fort, la toux plus rare ; les crachats, faciles à détacher, n'étaient plus rouge, mais d'un jaune orangé uniforme. La toux avait cessé, et la peau était moite. L'absence des selles et la légère tension du ventre me déterminèrent à faire prendre une dose de bryone (X). Le lendemain, on m'informa que la malade avait parfaitement dormi et pas toussé, qu'elle ne souffrait plus de la poitrine, et qu'elle n'avait eu que quelques crachats muqueux blancs. Elle était allée à la selle aussi, et l'appétit se faisait sentir. Il fut difficile de la tenir au lit ce jour-là ; le lendemain elle se leva entièrement guérie.

5° Un paysan, qui depuis cinq jours était au lit, me fit consulter Les détails qu'on me donna ne me permirent pas de douter qu'il eût une très-violente pneumonie. Je prescrivis la dose ordinaire d'aconit. Le lendemain matin, l'état était beaucoup plus grave, le point de côté surtout plus violent, et la difficulté de respirer portée presque jusqu'à la suffocation. J'envoyai encore deux doses d'aconit, à prendre l'une sur-le-champ, et l'autre le soir. La première, loin de soulager, fut suivie d'un tel accroissement de souffrances, que les assistans perdirent tout espoir. Ils donnèrent au bout d'une heure la seconde prise, puis une heure après une troisième. Une demi-heure après, le malade qui délirait, se trouva mieux ; une sueur générale s'établit, la respiration devint plus libre, la toux plus forte, et les crachats se détachèrent plus aisément ; après quatre heures de sommeil, il ne se plaignait plus que de faiblesse. Sans prendre d'autres médicamens, il fut en état, au bout de quelques jours, de quitter le lit, et il se rétablit avec une grande promptitude.

J'ai rapporté ce cas uniquement parce qu'il prouve combien il est utile, dans les maladies fort aiguës, de faire prendre les médicamens à doses très-rapprochées les unes des autres.

6° Un homme de cinquante-cinq ans me fit appeler. Depuis quatre jours il ne quittait pas le lit. Déjà faible et maigre de son naturel, il ressemblait alors à un vrai cadavre. La face était pâle, affaissée, le nez effilé, la bouche sèche, et la langue couverte d'une croûte brunâtre. Il avait une soif ardente, des élancemens dans le côté droit de la poitrine, des accès fréquens de toux, des crachats sanguinolens et noirâtres. Point de selles depuis quatre jours, passés aussi sans manger. L'urine, rare et peu abondante, était foncée en couleur, comme

de la bière, la peau brûlante et sèche. Le malade avait commencé à délirer la nuit dernière; il ne voulait plus rester couvert, et cherchait toujours à sortir ses jambes du lit. Le pouls était vite, grêle, parfois imperceptible; la respiration anxieuse et suspirieuse. Je fis prendre une dose d'aconit. Le lendemain, à cinq heures du matin, j'appris que le malade n'avait pas dormi, mais qu'il avait beaucoup déliré, et que le seul changement appréciable consistait en ce que le point de côté semblait avoir fait place à un sentiment de pression. Je prescrivis la bryone (X). Le lendemain je trouvai le malade très-soulagé, l'esprit plus libre, le regard meilleur, la langue encore brune, mais humide, la soif très-modérée, la respiration plus facile, la toux plus détachante, l'expectoration d'un jaune uniforme. Pour laisser à la bryone le temps d'épuiser son action, je ne donnai pas d'autres médicamens. Le lendemain, on m'apprit qu'il y avait eu une selle la veille, que le malade ne ressentait plus que quelques douleurs dans le côté en faisant de profondes inspirations; qu'il toussait moins; que les crachats étaient blancs, la soif nulle et la peau moite, sans sueur cependant. Le matin, il avait eu un rapport aigre et amer. Une dose de noix vomique (X) prise le soir, dissipa ce reste de maladie, et le rétablissement se fit avec rapidité.

Une saignée aurait probablement tué ce malade. Peut-être eût-on appliqué des ventouses ou des sangsues, comme si une émission sanguine ainsi faite n'affaiblissait pas également. Mais il est bien commun qu'on se berce de pareilles illusions.

Je me suis un peu étendu avec intention sur cette forme de maladie, à cause de son importance et de sa fréquence. Dernièrement encore j'ai eu à traiter, sur des adultes et des enfans, beaucoup d'affections inflammatoires de poitrine survenues à la suite d'un grand vent du nord-est qui succéda tout à coup à des jours chauds, et partout j'ai réussi. La médecine ne peut faire de progrès quand on se contente de rapporter les cas de succès. Aussi ne fais-je pas difficulté d'avouer que j'ai échoué autrefois dans deux cas, et d'exprimer le regret de n'avoir pas agi alors comme j'aurais dû le faire, parce que je ne connaissais point encore la nouvelle méthode. Peut-être aurais-je eu un autre résultat, dans ces deux cas, en répétant souvent les hautes dilutions. Une revue de mon journal, pendant les six dernières années qui viennent de s'écouler, me montre que, dans ce laps de temps, j'ai perdu seulement cinq malades de pneumonies, tous d'ailleurs éloignés de mon domicile, et que je ne pus voir, mais que je traitai d'après des renseignemens écrits. C'étaient d'ailleurs des sujets débiles et très-avancés en âge. Quiconque connaît les gens de campagne sait combien ils sont enclins à ne juger les secours dont ils sont redevables au médecin, que d'après l'apparition instantanée d'effets violens déterminés par les remèdes prescrits; et que pour peu qu'ils voient l'amélioration tarder, il s'empressent de s'adresser ailleurs. C'est ce qu'ont fait dernièrement deux paysans, dont je traitai l'un deux jours et l'autre cinq. Tous deux prirent ensuite un médecin allopathe: ils ne se sont rétablis que d'une manière lente.

La guérison d'un malade n'est pas toujours une preuve de la bonté de la méthode d'après laquelle il a été traité. Beaucoup échappent à la mort, même en suivant les règles les plus absurdes, et d'autres guérissent de maladies graves sans le concours des médecins. Les adversaires de l'homœopathie, ceux du moins qui se bouchent les yeux, allèguent toujours ces faits, et prétendent que la guérison de nos malades est uniquement l'œuvre de la nature, parce que nous ne leur prescrivons que des poudres insignifiantes. A la vérité, nous ne pouvons pas donner la démonstration mathématique du contraire; mais nous parvenons à nous convaincre, en observant la marche des maladies livrées à elles-mêmes, et voyant que la durée est assujettie à un certain nombre de jours, que la guérison n'a lieu qu'après des perturbations critiques bien connues. Au contraire, à la suite d'un traitement homœopathique bien dirigé, la maladie se trouve très-fréquemment comme coupée d'une manière surprenante, parfois, dès le troisième ou quatrième jour, et même, lorsqu'elle se prolonge davantage, les symptômes les plus dangereux et les plus pénibles disparaissent souvent comme par un coup de baguette. En général, aussi les convalescences sont beaucoup plus rapides, et il est rare qu'on voie la maladie se compliquer d'accidens nerveux.

Sur l'efficacité des très-petites doses de médicamens;
par le docteur Jahn (1).

Il y a deux ans environ que j'examine l'homœopathie au lit du malade; et peut-être publierai-je plus tard les résultats de mes recherches, *spe fallente, progressu haud prospero, fructu parco et exiguo, cum contemnendo aut plane nullo successu* dois-je dire avec Bacon. Cependant elles m'ont conduit à des vues plus exactes sur la force médicatrice de la nature, ses efforts et sa puissance, sur la valeur et la portée de la médecine ex-

(1) Ce Mémoire est d'un homme qui n'appartient point à l'homœopathie, qui loin de là même s'est fait connaître dans les rangs de ses adversaires. Nous ne l'en recommandons pas moins aux méditations de tous ceux qui cherchent la vérité. C'est déjà quelque chose d'obtenir un léger témoignage d'approbation d'un homme aussi éminemment distingué que le docteur Jahn, lorsque nos académiciens anathématisent la nouvelle méthode, sans même la connaître. Personne ne peut nier que l'homœopathie est aujourd'hui un étrange amalgame de vérités, d'illusions, d'exagérations et d'absurdités, et qu'il faut toute la servilité qu'inspire un entier renoncement à la plus belle prérogative des êtres doués de raison pour l'adopter *en bloc*. Mais de temps meilleurs se préparent : l'ordre commence à s'introduire dans le chaos et l'homœopathie sortira du creuset de la critique par des scories dont l'illusion et l'exagération l'avaient salie. Le docteur Simon a, le premier chez nous, entrepris cette tâche laborieuse, à laquelle se vouent aussi en Allemagne les docteurs Rau, Griesselich et Schrœn. (*Note des Rédacteurs*)

pectante, sur le régime, et notamment sur les divers degrés de l'abstinence des alimens, sur les vertus médicamenteuses de certaines substances qu'on regarde comme n'en ayant aucune, sur l'influence qu'exercent la foi et la confiance des malades, sur l'importance d'essayer les médicamens chez l'homme en santé, sur la confusion, la fausseté et l'insuffisance de notre matière médicale, sur la symptomatologie et l'examen des malades, sur la marche que les maladies suivent quand rien ne vient les troubler violemment, sur l'action nuisible qu'exercent les méthodes et les moyens de perturbation, sur les moyens sympathiques jusqu'à présent appréciés par le peuple seul, enfin sur la nécessité de fonder deux écoles de médecine, l'une exotérique, l'autre ésotérique. Je désire donc que mes confrères, au lieu de se borner à lancer des sarcasmes contre l'homœopathie, se mettent à l'examiner sérieusement. Ces messieurs parlent sans cesse d'expérience; ils ont toujours à la bouche cette sentence de Bacon, que nos expériences reposent sur la véritable induction; mais malheureusement ils s'en tiennent presque tous à des paroles, ou leur conduite est telle qu'elle ne peut avoir aucun droit à l'honorable épithète d'expérimentale.

Dans mes recherches sur la conduite du vieillard de Kœthen je n'ai pu non plus laisser passer sans examen l'opinion que *certains* médicamens agissent encore à des doses que leur exiguité pourrait faire croire dépourvues de toute action, que *certains* mêmes exercent, à de très-petites doses, une action plus prononcée et plus pénétrante qu'aux doses ordinaires. Je dis avec intention *certains* médicamens, parce que je n'ai pu voir ni ne puis croire que tous possèdent cette propriété, et que je ne l'ai reconnue d'une manière certaine que dans un petit nombre.

Je n'ai pas besoin de faire remarquer aux penseurs qu'ici c'est aussi le cas d'appliquer l'*experientia fallax, judicium difficile* d'Hippocrate; car, pour avoir perdu de vue cette sentence Hahnemann a fait un véritable chaos de sa *Matière médicale*, qui reposait pourtant sur de bons principes. Je n'ai pas besoin non plus de développer que la difficulté d'arriver à des notions claires et précises, sur la question de savoir jusqu'à quel abaissement de la dose un médicament continue encore d'agir, tient principalement à ce que chaque homme, même celui qui jouit de la meilleure santé relative, n'a cependant pas la santé absolue, de sorte que, quand il essaie des médicamens sur lui-même, il peut aisément prendre les effets de son propre état valétudinaire pour ceux de ces substances: qu'elle dépend aussi de ce qu'en essayant des médicamens sur les malades, rien n'est plus difficile que de déterminer, en cas de guérison, ce qui doit être mis sur le compte de la force médicatrice de la nature, et ce qui peut être attribué à l'influence du remède employé à des doses minimes; mais je m'aperçois que j'établis une thèse qui a besoin d'être démontrée pour qu'on puisse l'admettre.

Cette démonstration, je vais essayer de la donner.

Après qu'il m'eut semblé plusieurs fois, dans mes expériences sur l'homœopathie, que des doses très-faibles de médicamens, non réduits, il est vrai, à des millionièmes ou à des décillionièmes, produisaient encore des effets, je crus que, pour arriver, sous ce rapport, à des résultats qui ne laissassent aucune prise à l'illusion, je devais prendre deux maladies, dont l'une ne guérit que par des médicamens, tandis que l'autre ne cède qu'à un régime sévère et voisin du traitement par la faim, ou à des substances médicales douées d'une grande énergie; je veux dire le goître et le véritable chancre vénérien, celui de Hunter. Favorisée par la disposition des lieux, la première de ces maladies est extrêmement commune dans le pays que j'habite, à tel point même qu'on y rencontre rarement un adulte qui n'ait pas au moins une légère intumescence de la glande thyroïde. Or, nous autres médecins, savons fort bien que le goître ne cède qu'à l'iode, à l'éponge brûlée et autres moyens semblables, et qu'il ne disparaît jamais de lui-même; aussi les homœopathes se sont-ils exercés de tous temps sans résultat contre cette affection, qu'ils ont reconnue être la pierre d'achoppement de leur magique système. Quant au véritable chancre, chacun sait qu'à l'exception de cas forts rares, il ne peut être radicalement guéri que par le mercure ou par la faim, ce qui l'a rendu également, comme la véritable gale et la fièvre intermittente, un sujet de scandale pour l'homœopathie, au point que j'ai vu un hahnemannien refuser obstinément d'en aborder le traitement sous les yeux d'une commission déléguée par le gouvernement pour mettre la méthode homœopathique à l'essai dans notre hôpital. En de telles circonstances, il me sembla que, si des gonflemens de la thyroïde, si des chancres hunteriens chez des malades laissés à leur régime ordinaire, guérissaient sous l'influence de très-petites doses d'iode et de mercure, je pourrais alors attribuer la guérison à ces faibles doses.

Partant de cette idée, je me mis à l'œuvre, et à ma grande surprise, je vis des poudres contenant un soixantième de grain de sublimé, et prises tous les jours ou tous les deux jours, guérir sept malades atteints de chancres, comme aussi d'autres poudres contenant la même quantité d'iode, et administrées de la même manière, débarrasser treize malades du goître dont ils étaient affectés. La plus long de ces treize traitemens de goître dura cinq semaines, et le plus court environ quinze jours, proportion qui fut la même pour ceux des chancres. Mais, dans tous les cas de guérison, la maladie était récente; dans dix cas de goître ancien, et dans trois de syphilis secondaire, les expériences n'eurent, au contraire, aucun résultat. Il en fut de même aussi, j'en fais la remarque formelle, pour tous ceux où j'employai les hautes dilutions, comme les nomment les homœopathes.

D'après ces résultats d'expériences faites avec soin et sans nulle prévention, je suis, pour ma part, complétement persuadé que le sublimé et l'iode agissent encore à des doses d'un soixantième de grain. Mais, d'un autre côté, je suis d'autant plus éloigné d'accorder par analogie la même propriété à d'autres médicamens, que mes expériences sur le charbon d'éponge,

sur le calomélas et sur le mercure soluble de Hahnemann n'ont été suivies absolument d'aucune guérison. J'aurais volontiers essayé d'autres substances encore; mais l'occasion ne s'en offrit pas, les fièvres intermittentes étant fort rares ici, la gale ne pouvant pas être, suivant moi, guérie par les seuls médicamens internes, et ces maladies étant, avec les deux précédentes, les seules à moi connues dont la force médicatrice de la nature n'ait pas le pouvoir de triompher.

Si les détails dans lesquels je viens d'entrer, et dont je puis garantir l'exacte vérité, semblent établir parfaitement la première des deux thèses que j'ai posées, il ne m'est pas possible de rapporter des preuves aussi décisives en faveur de la seconde, celle que certains médicamens sont plus actifs à des doses fort exiguës qu'aux doses ordinaires. Je crois avoir remarqué que quelques uns des goîtreux et des vénériens dont j'ai parlé plus haut, guèrirent plus vite sous l'influence des doses minimes, qu'ils ne l'auraient fait sous celle des doses accoutumées. Il m'a semblé en outre que les médicamens tirés du règne minéral surtout, non-seulement conduisaient plus promptement et plus sûrement au but lorsqu'on les administrait à des doses moins fortes que celles qui sont consacrées par l'usage, mais encore qu'ils exerçaient une action plus profonde, qu'ils provoquaient de plus grands troubles, et qu'ils étaient plus dangereux. Des observations ultérieures apprendront si je ne me suis pas fait illusion, malgré tout le soin que j'ai apporté. Il est à désirer que d'autres observateurs contribuent pour leur part à la solution d'un problème dont Schnurrer a très-bien marqué l'importance, lorsqu'il a dit, en parlant des eaux minérales: « La plus puissante action des médicamens, celle à laquelle on a eu le moins d'égard, qu'on ne peut pas à la vérité démontrer par la dilution infinie de Hahnemann, mais qui se trouve ingénieusement signalée dans l'*Organon*, est celle qu'ils exercent lorsqu'on les fait agir sur le corps à petites doses, mais pendant longtemps et d'une manière régulière, à l'instar des influences du dehors, telles que la chaleur et le mouvement; en pareil cas le canal intestinal, qui du reste a besoin de se prêter à tant de choses, ne reçoit qu'une impression presque insignifiante. Les médicamens eux-mêmes pénètrent réellement dans l'organisme, et arrivent, à proprement parler, dans les secondes voies, c'est-à-dire le sang; ils y deviennent latens, et après y être restés longtemps mêlés, en augmentant toujours de quantité, ils y font naître des opérations qu'on peut comparer à un acte de formation, de véritables réactions critiques, susceptibles d'influer sur le travail morbide incomplet, et peut-être de l'arrêter d'une manière salutaire. Le soufre, pris par cuillerées, purge, et rien de plus; mais pris tous les jours une ou deux fois, à la dose d'un grain seulement, il communique son odeur à toutes les émanations du corps. Le fer à hautes doses n'agit également tout au plus que sur le canal intestinal; pour qu'il parvienne dans le sang, et qu'en corrigeant la constitution de ce liquide il régularise aussi l'exercice de la sensibilité, on est obligé de le faire prendre à très-petites doses et convenablement étendu.

Théoriquement, on ne peut prouver le défaut d'action des doses minimes de médicamens, même de celles dont use l'homœopathie. Les médecins qui croient pouvoir juger cette dernière doctrine avec le secours de la seule théorie, et sans la mettre en expérience, commettent donc une grande erreur. On ne peut pas invoquer ici le principe qu'une partie est moins que le tout, puisqu'il s'agit uniquement de la spécificité des effets, comme l'a très-bien fait voir Schnurrer. Si l'on considère, au contraire, qu'une dissolution d'une partie de sel marin dans un million de parties d'eau est troublée par une solution extrêmement faible de nitrate d'argent; que le fer sépare le cuivre d'un liquide contenant un cinquante-millième seulement de sel cuivreux; que l'amidon produit une couleur rougeâtre dans une dissolution d'un quatre cent cinquante millième d'iode; que l'acide sulfurique décèle la puissance du chlorure de barium dans une solution qui n'en contient qu'un vingt millième; qu'un quatre centième de grain d'arsenic, étendu dans quatre cent mille parties d'eau, réagit encore sur l'eau hydrosulfurée; que Brandt a vu du nitrate d'argent produire un précipité jaunâtre dans une dissolution d'un cinq millième de grain d'arsénite d'ammoniaque étendu de cinq cent mille parties d'eau; que d'après Leuchs, les pois perdent leur faculté germinatrice par l'immersion dans une dissolution de tartrate de mercure qui ne fournit qu'un dix mille deux cent quarantième de grain de mercure pour chaque pois; que suivant Spallanzani, il suffit de $\frac{1}{2004687510}$ de grain de semence pour féconder un œuf de grenouille; enfin que les miasmes agissent sous de masses infiniment petites; on ne peut s'empêcher de penser qu'il est au moins possible que les dilutions homœopathiques conservent encore une certaine action sur des sujets impressionnables. En effet, malgré les beaux travaux des physiciens et des chimistes, nous sommes trop peu instruits des lois arithmétiques et géométriques que la nature suit dans ses opérations, pour pouvoir nous hasarder à rien établir d'avance sur ce sujet, avec le seul secours de la théorie, et éprouver moins de surprise quand trois grains d'émétique font vomir, que quand un décillionième de grain de soufre exerce encore de l'action.

La nosologie paraît aussi nous fournir quelques lumières sur la cause qui fait que certains médicamens sont, à petites doses, plus salutaires qu'à hautes doses contre certaines maladies.

Lorsque le corps entre en contact avec un médicament quelconque, il survient, comme après l'impression de tout agent nuisible, des réactions de la vie contre l'influence qu'exerce cette irritation. Celui qui a bien observé la manière dont la vie réagit contre ce qui peut lui porter atteinte, soit que les réactions vitales commencent par être locales, c'est-à-dire par se borner à la sphère voisine de la partie mise en rapport avec l'agent extérieur, soit qu'elles partent de tous les systèmes fondamentaux du corps, et qu'elles aient une

très-grande tendance à se propager par tout l'organisme, à devenir générales. Je sais en outre que l'intensité et l'extension des réactions sont, toutes choses égales d'ailleurs, en raison directe de celles de l'action exercée par la substance extérieure. D'après cela on voit sans peine qu'un médicament pris à haute dose, outre ses effets propres (effets primitifs), doit encore, par cela seul que la vie oppose de vives réactions à son action, avoir une foule d'effets accessoires (secondaires), qui couvrent et enveloppent les autres, mais qui doivent manquer lorsque la substance est prise à faible dose. Or, comme les réactions vitales, dont il s'agit ici, sont des efforts de la force médicatrice, elles doivent même affaiblir et faire taire les effets primitfs.

Il faut aussi avoir égard à ce que chaque médicament provoque une maladie contre laquelle il se développe des réactions de la vie tout aussi bien que contre les maladies naturelles. Car, lorsqu'on donne un agent médicinal à haute dose, de manière qu'il ne se borne pas à déterminer un effet passager, mais provoque un mouvement maladif considérable et profond dans l'organisme, cette nouvelle opération pathologique doit diviser la réaction de la vie contre la maladie primitive, et la détourner de cette dernière, circonstance qui ne peut qu'être nuisible sous le rapport de la guérison, puisque toute guérison est le résultat de la réaction de la vie contre la maladie.

On voit donc clairement que et pourquoi les petites doses des médicamens méritent, dans beaucoup de cas, la préférence sur les fortes, et que c'est un sujet fort important de réunir toutes ses forces pour faire à cet égard des expériences exactes, qui du reste présenteront assez de difficultés.

Pour terminer, je mentionnerai encore un fait qui se rattache à ceux dont je viens de parler, que j'ai plus d'une fois observé dans le cours de mes expériences sur l'homœopathie, et qui m'a toujours inspiré un vif intérêt. Souvent, j'ai vu en toute évidence que, si certaines maladies rendent l'organisme extrêmement sensible à des influences qui, dans d'autres temps, n'exercent pas la moindre action sur lui, le même effet peut aussi être produit d'une manière artificielle, en écartant toutes les causes de forte irritation, et laissant l'économie s'exercer en quelque sorte à réagir contre des irritations légères, et tirer la vie nerveuse instinctive de l'état de sommeil où elle se trouve dans le cours ordinaire de la vie. On peut arriver à cela en simplifiant le genre de vie, en éloignant cette multitude de fortes irritations dont l'influence paralyse en quelque sorte celle des faibles et émousse le corps contre elles en exerçant l'esprit à croire, en rendant le malade attentif à écouter ses sensations, enfin en ramenant l'homme à l'état de la primitive nature.

Ces assertions ne surprendront point ceux qui ont étudié les mystères de l'action du système ganglionnaire, et qui se sont convaincus, par la lecture de l'histoire, que l'homme avait primitivement des liaisons plus intimes avec le reste de la nature, qu'alors il était bien plus accessible aux impressions de cette dernière qu'il ne l'est aujourd'hui, depuis que la civilisation a relâché et en partie détruit les liens de cette sympathie. Comme le sauvage et le chien reconnaissent à l'odorat des choses que nous ne pouvons plus apercevoir avec nos sens émoussés par la continuité de vives stimulations ; comme l'instinct procure à l'homme qui vit dans l'état de nature des sensations qui nous étonnent, parce qu'elles nous semblent un regard plongé dans les profondeurs de notre corps et de la nature ; comme Gaspard Hauser, cette énigme des temps modernes, semblable, sous ce point de vue, aux feuilles de la sensitive, éprouvait les plus violentes secousses par l'effet des moindres attouchemens ; de même aussi ceux dont la sensibilité générale a été ranimée et développée par une sorte d'éducation, peuvent réagir sur des influences qui semblent ne point exister pour les hommes ordinaires. Il n'est pas nécessaire d'entrer dans de longs détails pour faire voir que la médecine pourrait retirer de là quelques grands avantages. Mais c'est une autre question que celle de savoir où et quand un pareil état trouverait son application *Ad inquisitionem tantorum*, dirai-je avec Sénèque, *una ætas non sufficit; veniat tempus, quo posteri tam aperta nos nesciisse mirentur!*

ANNALES

D'HYGIÈNE PUBLIQUE

ET

DE MÉDECINE LÉGALE.

JANVIER 1836. (1er TRIMESTRE.)

Condamnation à mort d'un aliéné homicide : demande en commutation de peine, formée par le Jury.

Au mois de juin 1835, un jeune homme, né d'une famille honnête, a tué de sang-froid et avec préméditation, sa mère enceinte de six mois, sa sœur et son frère. Les jurés, qui ont prononcé contre lui un verdict de condamnation, le verraient monter sur l'échafaud avec une profonde douleur, car s'ils lui ont trouvé assez de discernement pour devoir être responsable de ses actions, *ils pensent que les circonstances au milieu desquelles le coupable s'est trouvé, ont pu influencer fortement sa raison dont il n'a jamais joui entièrement.* En conséquence, ils ont adressé au roi une demande en commutation de peine.

Les pièces suivantes donneront une idée de ce cas important de médecine légale.

Certificat du docteur Bouchard, attestant que Pierre Rivière n'est pas aliéné.

Je soussigné, certifie avoir examiné avec le plus grand soin, et à plusieurs reprises, le nommé Pierre Rivière, de la commune d'Aunay, accusé d'avoir assassiné sa mère, son frère et sa sœur. Voici le résultat de mes observations :

Pierre Rivière est âgé de vingt ans ; sa constitution est bonne, sa taille ordinaire, sa peau jaune, l'air tranquille, mais sombre, le regard oblique. Tout enfin annonce un tempérament bilioso-mélancolique.

Sa santé est ordinairement excellente, il mange et dort très-bien. Jamais il n'a eu de maladies de la peau, ni d'hémorrhagies qui se renouvelassent à des époques régulières. N'ayant jamais été incommodé par le sang, il n'a pas contracté l'habitude de la saignée. Son ventre est habituellement très-libre. Jamais il n'a fait de chute sur la tête ; il ne se rappelle pas avoir reçu de coups sur la même partie. En un mot, malgré les questions que je lui ai adressées, il m'a été impossible de trouver une maladie quelconque qui ait agi sur le cerveau de manière à porter atteinte à ses fonctions.

Comme les hommes d'un tempérament bilieux et mélancolique, Rivière parle peu. Si on lui adresse une question, il y répond clairement, mais en peu de mots. Il est surtout étonnant par une suite d'idées dont on peut à peine le distraire. En effet, après lui avoir parlé longtemps, et lui avoir adressé une foule de questions, il reprend aussitôt la plume et continue à écrire son mémoire, comme s'il n'eût pas été interrompu. Rien dans ses réponses n'indique un dérangement de facultés intellectuelles. Si on lui rappelle son crime, il en parle avec une sorte de tranquillité qui fait mal.

Je n'ai pas fait de recherches phrénologiques, car si cette science est encore très-peu avancée, je dois convenir aussi que, sur ce point, mes connaissances sont trop imparfaites pour que je voulusse en faire l'application dans une circonstance aussi grave.

Mais si je dois, sur la cause du crime, émettre une opinion, voici celle que j'adopterais. Doué d'un tempérament bilieux et mélancolique, souvent témoin des querelles de ses parens, Rivière a senti vivement les malheurs de son père. Comme il fuyait le monde, les idées les plus sombres l'ont assiégé. Elles se sont emparées de lui et ne lui ont plus laissé de repos. Dès ce moment, Rivière n'a plus voulu qu'une chose, délivrer son père, et pour arriver à ce but, il lui fallait assassiner sa mère. Cette idée fixe le suivait partout ; deux fois, il est vrai, le cœur lui a manqué au moment où il allait commettre le plus épouvantable des crimes, sans que pour cela il ait abandonné son funeste projet. C'était dans la solitude qu'il avait conçu l'idée du crime ; c'est dans la solitude qu'il est allé se retremper avant de porter sur sa mère une main parricide.

Je me résume.

Chez Rivière aucune maladie n'a pu déranger les fonctions du cerveau, et dans les nombreuses visites que je lui ai faites depuis son arrivée à Vire, je n'ai remarqué en lui aucun signe d'aliénation mentale. On ne peut, je pense, attribuer le triple assassinat dont il s'est rendu coupable qu'à un état d'exaltation momentanée, préparée par les malheurs de son père.

Vire, le 21 juillet 1835.

Suit la signature.

Consultation médico-légale pour le nommé Pierre Rivière, d'Aunay.

Le trois juin dernier, un jeune homme d'une vingtaine d'années, a tué avec préméditation et de sang-

froid, sa mère, sa sœur et son frère. Quittant ensuite avec calme le lieu où cette scène d'horreur vient de se passer il se présente devant ses voisins, et couvert de sang, la hache à la main, il leur annonce qu'il vient de délivrer son père, le recommande à leurs soins, s'éloigne lentement et disparaît.

Un mois après il est arrêté sur la grande route et conduit dans la prison de Vire. Là, interrogé par le procureur du roi et le juge d'instruction, il avoue tout ce qu'il a fait, entre dans tous les détails et explique les motifs qui l'ont fait agir. Sur la demande de ces magistrats, il écrit lui-même un long mémoire où il se peint avec vérité. Enfin, transféré dans les prisons de Caen, il est traduit devant les assises du Calvados.

Un jeune avocat, aussi connu par les qualités de son cœur et sa probité que par ses connaissances en droit et son talent, consent à se charger de la défense de Rivière, car le père de ce malheureux proteste que son fils est fou, qu'il est connu pour tel depuis son enfance, et il en fournit les preuves au jeune défenseur, qui après un long et mûr examen partage la même conviction. Cependant, avant de plaider cette cause, il veut encore avoir l'avis d'un médecin qui, attaché à l'un des grands établissemens d'aliénés de la France, lui paraît plus propre qu'un autre à éclairer sa conscience.

C'est à cette dernière circonstance que je dois l'honneur d'avoir été consulté par M. Bertauld, qui, après m'avoir exposé cette affaire, me remit les pièces de la procédure, le mémoire écrit par Rivière, et me conduisit ensuite dans la prison de cet homme afin que je pusse le voir et l'interroger. Eclairé par ces divers documens et par ce que j'observais moi-même, la question qui m'avait été adressée ne fut bientôt plus douteuse pour moi, et j'acquis la profonde et entière conviction que l'intelligence de Rivière n'était pas saine, et que l'action qui passait aux yeux du ministère public pour un horrible crime, n'était que le déplorable résultat d'une véritable aliénation mentale.

Les motifs qui ont entraîné ma conviction et qui ont servi de base à mon jugement sont tirés de l'apparence extérieure, de la manière d'être de Rivière, de son origine et de sa parenté, de l'état de ses facultés intellectuelles depuis son enfance, de la nature même de l'action qu'il a commise et des circonstances qui l'ont accompagnée; enfin, de tout ce qui s'est passé depuis cet évènement jusqu'au moment actuel.

1° *Extérieur et manière d'être habituelle de Rivière.*

Cet homme a vingt ans, sa taille est moyenne, ses formes sont arrondies, sa constitution est phlegmatique, sa figure sans expression, sa tête, de volume ordinaire, est habituellement inclinée sur sa poitrine, son front est bas et étroit, ses sourcils croisés, son regard mal assuré, timide, oblique, sa parole a quelque chose d'enfantin et de peu virile; ses réponses sont lentes, un sourire niais revient souvent sur ses lèvres, sa pose est gênée, sa marche bizarre, saccadée. Pour quiconque l'observera sans prévention et attentivement, il sera bientôt clair que cet homme n'est pas organisé comme les autres, qu'il s'éloigne de l'état ordinaire, et qu'il ressemble, je ne dirai pas absolument aux idiots, mais à ces demi-imbéciles dont les facultés sont très-bornées, et qui décèlent leur médiocrité intellectuelle dans toute leur apparence extérieure. Or, sans attacher plus d'importance qu'il ne le faut, à la constitution physique des hommes, je pense néanmoins qu'on ne doit pas négliger les lumières qu'elle peut fournir sur l'état de leur intelligence, surtout quand les présomptions qui en naissent sont corroborées par une foule d'autres faits plus importans, ainsi que nous allons voir que cela a lieu pour Rivière, en continuant cet examen.

2° *Origine et parenté.*

Rivière est issu d'une famille où l'aliénation mentale est héréditaire. Le frère de sa mère est mort aliéné, après avoir présenté pendant sa vie plusieurs des mêmes actes de folie que nous allons bientôt signaler chez son neveu, et entre autres son horreur pour les femmes. Deux de ses cousins-germains ont offert des symptômes nombreux et habituels de folie. Sa mère était d'un caractère si irascible, d'une volonté tout à la fois si opiniâtre et si changeante, d'une méchanceté si continue, d'une bizarrerie si grande, que malgré tout ce qu'elle faisait souffrir à son mari, il ne pouvait lui en vouloir, car il avait reconnu depuis longtemps que son cerveau était dérangé, et qu'elle n'était pas maîtresse de ses actions. Enfin, le frère de Rivière est presque complétement idiot, et à tel point, que le curé de sa paroisse désespère de pouvoir le faire communier, dans l'impossibilité absolue où il se trouve de lui faire comprendre les vérités les plus simples de la religion. Ce jeune homme a pourtant de 15 à 18 ans, et ses facultés affectives ne sont pas plus développées que ses facultés intellectuelles, puisque, ainsi que l'a fait remarquer Me Bertauld, la catastrophe dont il a été témoin ne lui a coûté ni un soupir, ni une larme.

Ne soyons donc pas étonnés si, dans quelques instans, nous voyons Rivière se livrer aux actes les plus extravagans, et si nous lui avons remarqué le cachet extérieur de la folie, puisque son origine et sa consanguinité avec tant de fous expliquent de reste chez lui l'existence de cette cruelle maladie. L'hérédité est en effet, une des causes les plus puissantes dans la production de la folie; elle est signalée par tous les auteurs que des études spéciales ont mis à portée d'apprécier sa funeste influence, et, s'il était nécessaire d'appuyer du résultat de mon expérience cette vérité qu'ils ont proclamée, je dirais que depuis treize ans, ayant étudié près de onze cents fous, et que passant chaque jour plusieurs heures au milieu de trois cents de ces infortunés, j'ai trouvé l'hérédité comme la cause la plus active et peut-être la plus fréquente dans la production de l'aliénation mentale. Il n'est donc pas nécessaire de chercher ailleurs la cause de l'organisation primitivement défectueuse du cerveau de Rivière.

3° *Etat de ses facultés intellectuelles depuis son enfance. Signes nombreux d'aliénation mentale.*

Né avec cette fâcheuse prédisposition, il ne tarda pas

à confirmer ce qu'elle pouvait faire prévoir. Jusqu'à l'âge de 4 ans, disent les témoins, il ressembla aux autres enfans de son âge, mais depuis ce moment il a toujours passé pour idiot ou imbécille. Aussi, devint-il bientôt le jouet et la risée des autres enfans, ce qui, en le rendant plus timide et plus honteux encore, empêcha sans doute le développement naturel des facultés affectives chez lui, car il est remarquable que, non-seulement froid et apathique avec ses parens, il n'eût même jamais de camarade, et qu'il vécut dans un isolement de cœur bien propre à entretenir son infériorité intellectuelle et morale. Recherchant par instinct la solitude la plus inaccessible, il passait des journées entières au fond de carrières abandonnées ou dans le coin le plus reculé d'un grenier, et là, réfléchissant aux sujets peu nombreux de ses lectures, et doué d'une imagination très-développée en même temps que d'un jugement faux, il s'attachait à tout ce qui tenait du merveilleux, négligeait le positif et donnait une direction d'autant plus vicieuse à son esprit, que, ne s'ouvrant jamais à personne, on ne pouvait rectifier ses erreurs ; aussi, devint-il bientôt véritablement aliéné. On le surprenait souvent parlant seul et s'entretenant avec des interlocuteurs invisibles, ou riant aux éclats, ou poussant des cris plaintifs. Tantôt on le trouvait se roulant contre terre, et tantôt faisant les gestes les plus bizarres. Des idées religieuses lui passaient-elles par la tête, il immolait et torturait des petits animaux pour reproduire les scènes de la passion du Christ. Etait-ce le récit de quelque bataille qui frappait son imagination, emporté d'une sorte de fureur, il se jetait sur les légumes du jardin et les brisait en poussant des cris. Avait-il quelque pensée de puissance et de supériorité, il cherchait à les réaliser en effrayant de malheureux enfans. Tantôt il les menaçait de les couper avec sa faux ; d'autres fois, il les saisissait, et les suspendant sur un puits, il les menaçait de les y laisser tomber ; dans d'autres circonstances, il voulait les faire manger par son cheval, et après les avoir suffisamment effrayés, content de l'idée qu'il croyait leur avoir donnée de sa puissance, il les laissait aller en exprimant sa joie par des rires immodérés.

Le diable et les fées occupaient une grande place dans sa tête malade, et à force d'y penser il crut les voir et les entendre. Il conversait avec eux, faisait des pactes, et effrayé lui-même de ses propres rêveries, il s'écriait souvent avec effroi et en fuyant : Hélas! le diable, le diable! Toujours préoccupé d'idées bizarres, il n'apportait dans les actes ordinaires de la vie, qu'une attention partagée ; il fallait l'appeler souvent plusieurs fois de suite et assez haut, avant qu'il ne répondît, et son opiniâtreté était telle, qu'il fallait des efforts incroyables pour lui faire abandonner un travail qu'il avait commencé. Incapable de calculer les suites de plusieurs de ses actes, il faillit compromettre mainte fois sa vie et celle de ses chevaux, en voulant exécuter des travaux au-dessus de leurs forces.

Enfin, comme s'il devait présenter en lui seul un exemple de chaque sorte de délire, il se figura qu'un fluide fécondant s'échappait sans cesse de sa personne et pouvait ainsi, malgré lui, le rendre coupable des crimes d'inceste et d'autres plus révoltans encore. Aussi vivait-il dans des craintes continuelles, il ne s'approchait des femmes qu'avec réserve et souvent il se reculait avec horreur du voisinage de sa mère, de son aïeule ou de sa sœur, quand il croyait s'en être un peu trop approché. Pour réparer alors le mal qu'il pensait avoir fait et empêcher un inceste, il faisait des mouvemens ridicules tendant à retirer à lui le prétendu fluide fécondant cause de ses inquiétudes. Le voisinage d'un animal femelle le gênait infiniment pour les mêmes motifs et tous ceux qui l'ont connu ont été frappés de l'espèce de crainte et d'effroi que lui causait l'approche d'un poule ou d'une chatte.

En faut-il davantage pour caractériser la folie et dois-je citer d'autres faits? Qui de nous, en connaissant ceux que je viens de décrire, n'eût regardé Rivière comme un aliéné et n'eût partagé l'opinion générale qui le désignait comme un fou?

4. *Meurtre commis par Rivière, et circonstances qui l'ont accompagné.*

La famille de Rivière n'était pas unie. Sa mère d'un caractère entier, impérieux, acariâtre, rendait depuis de longues années son père malheureux. Celui-ci constamment harcelé, n'ayant presque jamais de repos, en conçut un chagrin si violent qu'il eut la pensée d'attenter à ses jours et de se délivrer ainsi de tourmens continuels dont il ne pouvait prévoir le terme. Son fils avait une imagination trop vive pour n'être point frappé de ces choses ; elles agirent fortement sur lui, l'exaltèrent et faussèrent le peu d'idées justes qu'il avait encore. Il se figura le genre humain courbé sous le joug des femmes, subissant leur loi honteuse, asservi à leurs caprices. Il pensa qu'il serait noble et glorieux de le délivrer de cette tutelle, qu'il ne faudrait qu'un exemple généreux ; que dans tous les temps et à l'occasion des grandes circonstances, il s'était trouvé des hommes qui s'étaient dévoués et dont les noms étaient passés à la postérité. Sa mémoire lui fournit plusieurs exemples de dévoûmens volontaires dans l'ancien testament, le mystère même de la rédemption vint confirmer ses idées : si un Dieu s'était sacrifié pour les hommes, à bien plus forte raison devait-il, lui, se sacrifier pour ses semblables ; la bravoure de Larochejaquelin, l'exemple de Charlotte Corday lui revinrent à l'esprit ; il se crut inspiré de Dieu, agissant en son nom, et décidé à donner sa vie pour délivrer tous les hommes et son père en particulier, il arrêta la mort de sa mère. Sa sœur fut bientôt comprise dans cet arrêt fatal, elle avait toujours vécu avec sa mère, elle prenait toujours son parti ; si elle restait, elle continuerait à exercer un ascendant funeste sur son père, il fallait aussi l'en délivrer, le sacrifice devait être complet. On ne conçoit guère qu'il soit possible de pousser le délire plus loin, et cependant Rivière fut plus loin encore. Il se figura que son père tranquille après ces meurtres, ne jouirait cependant pas d'un bonheur

complet ; délivré par son fils, il le regrettera quand les lois auront fait tomber sa tête. Il faut empêcher ce regret, il faut que le bonheur du père soit entier et qu'il s'applaudisse même de la mort du libérateur. Si on ne le savait, on n'imaginerait jamais quel moyen Rivière, toujours dans le délire, résolut d'employer pour atteindre ce but : ce fut de tuer aussi son jeune frère qu'il aimait tendrement et qui était tendrement aimé de leur malheureux père. Quand j'aurai commis ce crime, dit Rivière, mon père en concevra tant d'horreur qu'il ne me regrettera plus et qu'il désirera même ma mort. Ainsi, marchant de délire en délire, l'aliéné arrêta le deuil de toute sa famille, en voulant procurer son bonheur.

Cette résolution seule, est, à mon avis, tellement empreinte de folie, qu'elle suffirait pour faire déclarer Rivière fou. Jamais la fausseté du jugement ne fut portée plus loin, jamais le fanatisme de l'aliénation mentale ne fut plus marqué. Longtemps, néanmoins, le cœur du malheureux fléchit, il ne pouvait se décider, et il se reprochait vainement sa lâcheté. Le jour fatal arrive pourtant, il se revêt d'habits de fête, il se fait chanter, par sa sœur, un cantique commençant par ces mots : « O jour heureux! sainte allégresse! » et l'esprit complétement dérangé, la main armée d'une hache, il immole sa mère, sa sœur et son jeune frère.

Cette horrible catastrophe, cette boucherie humaine, tout ce sang répandu, et dont il est couvert, ne le troublent point ; il sort tranquille, il annonce paisiblement qu'il vient de délivrer son père, et tenant encore le fer meurtrier, il prend avec calme la route de Vire, glorieux de déclarer lui-même aux magistrats la grande action qu'il vient de faire.

En vérité, jamais, parmi les centaines de monomanes que j'ai soignés, je n'ai vu l'aliénation plus manifeste ; elle est si évidente, que le cœur éprouve encore plus de pitié que d'horreur pour ce malheureux.

Je crois même qu'aucun doute ne se fût élevé à cet égard, si Rivière, fidèle à son premier dessein, se fût immédiatement présenté devant les magistrats. Mais à peine le malheureux eut-il marché quelque temps, que l'aspect du ciel, le calme des bois qu'il traversait en contrastant avec l'action qu'il venait de commettre, ramenèrent un rayon de lumière dans son intelligence obscurcie; il s'arrête comme effrayé de lui-même, se demande s'il vient de faire un horrible rêve, et bientôt convaincu d'une affreuse réalité, il se livre au plus violent désespoir. La raison était en partie revenue, l'exaltation fanatique dissipée, la nature avait repris ses droits, et le parricide se reconnaissait.

3° *Conduite et sentimens de Rivière, depuis le meurtre jusqu'au moment actuel.*

Il se passe chez Rivière un phénomène moral trop important pour ne pas nous y arrêter. Pendant un mois entier, il pense à l'action qu'il vient de faire, il la médite, s'y prépare, calcule les moyens de l'exécuter, et jamais elle ne s'offre à lui sous son véritable jour. Plus il y songe, au contraire, et plus il se fortifie dans son dessein, plus il se fanatise. Mais à peine faite, ses yeux se désillent, et il devient tout à coup plus raisonnable qu'il n'ait jamais été. Il est impossible de ne pas reconnaître dans ceci l'effet d'une forte secousse imprimée à tout le système nerveux, et si nous voyons chaque jour la raison se perdre à la suite d'une vive impression morale, nous ne devons pas être étonnés de la voir revenir dans les mêmes circonstances. D'ailleurs, ce fait est loin d'être le premier; tous les auteurs qui ont traité de la folie, en rapportent d'analogues, et si je ne craignais de donner trop d'étendue à cette consultation, j'en pourrais citer plusieurs exemples. « Il arrive souvent, dit M. Orfila, dans son traité de médecine légale, que des accès » se terminent subitement, après une forte commotion » morale, et l'on voit le calme renaître lorsque les ma- » lades sont parvenus à mettre à exécution les projets » auxquels ils attachent une grande importance. » Hoffbauer, un des plus célèbres médecins légistes de l'Allemagne, affirme que le retour à la raison est souvent la suite de l'exécution du projet. » J'insiste sur ce fait, parce qu'à partir de ce moment, Rivière, sans être encore parfaitement raisonnable, est néanmoins un homme tout différent.

On pense bien qu'envisageant alors sous son véritable jour l'action horrible et insensée qu'il vient de commettre, il n'eut plus la résolution d'aller s'en vanter aux magistrats. Profondément atterré sous le poids de ses remords, il eût voulu que la terre l'englontît. La vie lui devint à charge ; il résolut de s'en débarrasser, et déjà il faisait des préparatifs pour se pendre, quand l'idée de la justice divine le retint. Depuis cet instant jusqu'à celui de son arrestation (un mois juste), il a mené une vie errante. Tantôt, cédant au sentiment qui nous attache à la vie, il se cachait au fond des bois ; tantôt, au contraire, las de l'existence, il désirait la mort, et cherchait à se faire prendre sans avoir cependant le courage de se dénoncer lui-même. Que l'on compare maintenant cette faiblesse, cette hésitation, ce défaut de résolution, avec le caractère de Rivière, au moment de son parricide, et l'on sera convaincu que toute sa fermeté, sa dureté étaient un résultat passager et maladif de l'intelligence, et qu'en cessant, il a laissé le malheureux ce qu'il est réellement, incapable de fortes pensées, timide et irrésolu.

Le parricide qu'il avait commis revenait sans cesse à son esprit, et lui sembla enfin ce qu'il était en effet, un acte de folie. Il se rappelle alors d'autres histoires de fous qu'il a lues, se décide à exprimer comme s'il les éprouvait encore les sentimens qui l'ont vraiment guidé, afin de passer pour aliéné, s'il vient à être arrêté, et lorsqu'il l'est, il le tente en effet et soutient ce rôle quelques jours devant le juge d'instruction. Mais il ne peut se décider à le continuer longtemps ; il lui semble une feinte coupable, il avoue tout ce qu'il ressent, et sur la demande du magistrat, écrit lui-même un long mémoire qu'il me reste à examiner.

Je ferai remarquer auparavant que la feinte employée par Rivière ne détruit en rien le fait antérieur de son

aliénation et qu'elle ne lui suppose pas des facultés intellectuelles très-développées. Il n'invente pas un rôle de fou pour le jouer, seulement il cache l'horreur que lui inspire son parricide, et il allègue devant le juge les motifs qui le firent agir véritablement, mais dont il a reconnu depuis toute l'extravagance. Faut-il donc s'étonner que l'idée du supplice et d'une peine infamante fasse trembler un moment lorsqu'il est revenu à la raison, celui qu'elle n'arrêtait pas et qui la méprisait pendant qu'un voile couvrait son intelligence. « On con-
» çoit, dit M. Orfila, que dans ces cas la crainte des
» châtimens qui n'existait pas au moment de l'agitation,
» puisse très-bien succéder à celle-ci. » Et comme si ce célèbre médecin légiste eût deviné la conduite de Rivière, il ajoute : « Cela n'empêche pas la plupart de ces
» malades de tout avouer ensuite et de ne pas fuir les
» poursuites de la justice : ils disent qu'ils méritent bien
» d'être punis pour avoir commis des actes atroces. » C'est là précisément le langage que tient à présent le malheureux qui nous occupe.

Si maintenant nous venons à examiner les mémoires écrits par Rivière, nous verrons que, quelque sensés qu'ils soient, ils ne lui supposent pas autant de facultés qu'on le croirait d'abord, et que, ne renfermant qu'une relation exacte des faits, dans leur première partie, ils n'ont guère mis en jeu chez cet homme qu'une faculté très-développée chez lui, je veux parler de la mémoire. Il se rappelle en effet les plus petites circonstances de faits passés depuis de nombreuses années, et rien n'échappe à son souvenir. Mais, outre qu'il est très-commun de rencontrer une prodigieuse mémoire chez des hommes très-mal partagés sous le rapport des autres facultés, on la trouve même brillant du plus grand éclat chez un grand nombre de fous. Il ne faut pas non plus chercher dans la seconde partie de cet écrit une histoire complète des sensations et des actes de Rivière. Il en est beaucoup sur lesquels il a gardé le silence, et ce sont précisément ceux qui établissent le mieux son état antérieur d'aliénation. Enfin, ces mémoires fussent-ils un chef-d'œuvre, ainsi qu'on se plaît à le dire, on n'en pourrait encore rien conclure de positif sous le rapport de l'intégrité de l'intelligence de leur auteur, puisqu'ils n'ont été écrits qu'après le parricide, et que, d'un autre côté, on voit chaque jour les aliénés les plus déraisonnables écrire les lettres les plus sensées.

Cet homme me paraît donc actuellement encore dans un tel état intellectuel, que malgré le bienfait de la secousse morale qui l'a délivré d'une partie de ses manies, il est susceptible d'en concevoir de nouvelles, dont les résultats seraient peut-être aussi déplorables que les premiers. La société a donc le droit de demander, non la punition de ce malheureux, puisque sans liberté morale il ne peut y avoir de culpabilité, mais sa séquestration par mesure administrative, comme le seul moyen qui puisse la rassurer sur les actes ultérieurs de cet aliéné.

Je me résume :

Rivière est depuis sa première enfance atteint d'aliénation mentale :

Cette aliénation trouve sa cause dans la famille même de Rivière, où la folie est héréditaire ;

Les circonstances au milieu desquelles il a vécu ont encore augmenté cette affection primitive.

La folie s'est manifestée par une foule d'actes antérieurs et étrangers au crime qui lui est imputé ; ces actes sont nombreux, rapportés par un grand nombre de témoins et avaient fait donner généralement à Rivière le nom de fou et d'imbécille ;

Son aliénation est on ne peut plus visible dans la conception de son horrible projet et dans les motifs qui l'ont déterminé à immoler son jeune frère ;

On la retrouve tout entière dans le calme avec lequel il l'exécute et dans la manière dont il en parle immédiatement après ;

La raison plus étendue dont il semble jouir depuis s'explique par la forte secousse morale qu'a déterminée chez lui le sang qu'il a répandu.

La rédaction de ses mémoires est loin d'exclure l'existence de l'aliénation antérieure au parricide.

Enfin le retour de Rivière à des idées plus saines peut n'être pas de longue durée, et s'il n'est pas coupable, il est du moins dangereux et doit être séquestré dans son propre intérêt et surtout dans celui de la société.

L. Vastel.

Caen, le 25 octobre 1835.

———

M. Bouchard, appelé à l'audience et interrogé sur la question de savoir si Pierre Rivière était aliéné, répondit : Pierre Rivière n'est pas aliéné, et cela pour deux raisons ; 1° parce qu'en étudiant sa constitution physique, on ne trouve aucune cause qui ait pu déranger les fonctions de son cerveau ; 2° parce que son état mental ne peut se ranger dans aucune des classifications adoptées par les auteurs. « Ainsi, dit M. Bouchard, Pierre Rivière n'est pas monomane, puisqu'il ne délire pas sur un seul et unique objet ; il n'est pas maniaque puisqu'il n'est pas dans un état habituel d'agitation ; il n'est pas idiot puisqu'il a écrit un mémoire plein de sens ; enfin, il n'est pas en démence, ainsi qu'il est facile de le voir. *Donc Pierre Rivière n'est pas aliéné.* » Quatre médecins étaient présens à l'audience et furent entendus. Deux partagèrent la conviction de M. Vastel ; deux se rangèrent à l'avis de M. Bouchard.

Malgré la plaidoierie éloquente et pleine de conviction de M. Bertauld, le jury déclara Pierre Rivière coupable ; en conséquence, ce malheureux fut condamné au supplice des parricides. Cependant, effrayé peut-être par l'énormité de la peine infligée à un homme qui, de leur propre aveu, *n'avait jamais joui entièrement de sa raison*, les jurés se réunirent et formèrent une demande en commutation de peine. C'est avec l'espoir d'obtenir, s'il en est temps encore, une plus entière justice, que la consultation suivante a été rédigée.

Consultation délibérée à Paris, sur l'état mental de Pierre Rivière.

Les soussignés, Esquirol, médecin en chef de Charenton ; Orfiala, doyen de la Faculté de Médecine de

Paris ; Marc, médecin du roi ; Pariset, secrétaire perpétuel de l'Académie royale de Médecine ; Rostan, professeur à la Faculté de Médecine de Paris ; Mitivié, médecin de la Salpêtrière, et Leuret, docteur en médecine ;

Appelés à dire leur avis sur l'état mental de Pierre Rivière, avant, pendant et après les homicides par lui commis et pour lesquels il vient d'être condamné à mort par la Cour d'assises de Caen, ont lu et examiné avec la plus grande attention les pièces à eux remises, et qui consistent : 1° en un extrait de l'information dirigée contre Pierre Rivière, et contenant le procès-verbal de son arrestation, l'examen du cadavre de ses victimes, des renseignemens sur sa vie antérieure, recueillis par M. le procureur du roi près le tribunal civil de Vire, la déposition des témoins entendus dans l'enquête et un certificat de M. Bouchard, médecin à Vire ; 2° *les détails et explication de l'événement arrivé le 3 juin, à Aunay, village de la Faucterie, écrite par l'auteur de cette action ;* 3° la consultation de M. le docteur Vastel, médecin à Caen ;

Considérant que Pierre Rivière a toujours recherché la solitude, qu'on l'a vu souvent parler seul et s'entretenir avec des interlocuteurs invisibles, riant aux éclats sans motif raisonnable, se ruant sur des choux auxquels il coupait la tête, comme s'il se fût battu contre des hommes, disant qu'il voyait le diable et qu'il conversait avec lui, n'osant s'approcher d'aucune femme, fût-elle de sa famille, dans la crainte de la souiller par les émanations qu'il croyait sortir de son corps, faisant subir aux animaux toutes sortes de tortures, et portant dans sa poche des clous et un marteau pour les crucifier ; enfin, ayant commis depuis l'âge de quatre ans jusqu'à l'époque où il a donné la mort à sa mère, à son frère et à sa sœur, un si grand nombre d'extravagances que dans son pays on l'appelait l'imbécile, le fou, la bête de Rivière ;

Considérant que ledit Pierre Rivière est issu d'une famille dans laquelle on compte plusieurs aliénés. (Un de ses oncles est mort aliéné après avoir présenté des symptômes analogues à ceux dont il a été lui-même atteint. Deux de ses cousins-germains ont offert des symptômes habituels de folie ; sa mère était d'un caractère extrêmement bizarre et emporté. Un de ses frères est presque complétement idiot) ;

Considérant que les motifs qui ont porté Pierre Rivière à tuer sa mère, sa sœur et son frère, comme de délivrer son père de ses chagrins domestiques, de soustraire le monde au joug des femmes, de s'immortaliser par une action d'éclat, d'imiter l'exemple de Châtillon, d'Eleasar, de Laroche-Jaquelin, de s'immoler comme Jésus-Christ pour le salut des hommes, indiquent la privation de jugement ;

Considérant que la relation de sa vie écrite par Pierre Rivière démontre une aberration profonde et constante de ses facultés intellectuelles et de ses sentimens moraux, que l'intégrité de sa mémoire et l'enchaînement des idées dont cette relation fait preuve, n'est pas exclusive de l'aliénation mentale, puisqu'elle se rencontre souvent dans les relations des maniaques ou des monomaniaques qui écrivent l'histoire de leur maladie ;

Loin de partager l'opinion de M. Bouchard, qui, ne pouvant classer l'état anormal de Pierre Rivière dans aucune des grandes divisions de la folie, le déclare sain d'esprit, comme si les divisions établies par les nosographes étaient autre chose qu'un moyen de classer les faits et d'en faciliter l'étude, mais sans jamais prétendre imposer à la nature des limites qu'elle ne puisse franchir ;

Appréciant le changement survenu dans l'état mental de Pierre Rivière peu de temps après ses homicides : son désespoir, ses réflexions déchirantes, son hésitation pour aller se dénoncer, au lieu de proclamer son triomphe, comme il en avait eu le dessein ; sa volonté de tirer profit de la réputation de folie qu'il s'était faite, pour être absous et son impuissance pour soutenir ce rôle trop au-dessus de ses forces ;

Comparant ce changement à celui que l'on observe chez beaucoup d'aliénés, et notamment chez les monomaniaques homicides et chez les suicides qui, après l'accomplissement de l'action vers laquelle ils étaient poussés, redeviennent parfois calmes, et même raisonnables.

Approuvant les conclusions énoncées dans la consultation de M. Vastel ;

Sont unanimement d'avis et déclarent :

1° Que depuis l'âge de quatre ans, Pierre Rivière n'a pas cessé de donner des signes d'aliénation mentale ;

2° Que son aliénation mentale a persisté, quoique moins intense, après les homicides qu'il a commis ;

3° Que ces homicides sont uniquement dus au délire.

Délibéré à Paris, le 25 décembre 1835.

Signé : Esquirol, Orfila, Marc, Pariset, Rostan, Mitivié et Leuret.

Nota. Que dans une maison d'aliénés, on montre à un visiteur un homme dont il serait vrai de dire : « ce malade parle souvent seul, il converse avec le diable ; il craint en s'approchant d'une femme de la souiller par les émanations qui s'échappent de son corps. Quand il était libre, on l'a vu abattre des têtes de choux croyant abattre des têtes d'hommes ; il avait souvent dans sa poche des clous et un marteau, pour attacher en croix des grenouilles ou quelque autre animal ; un jour il a lié les jambes d'un enfant à la crémaillère, et si l'on ne fût arrivé à temps, il l'aurait brûlé. Dans son pays on l'avait surnommé le fou, l'imbécille, la bête. Du reste, il sait quand il fait mal, il a même écrit avec beaucoup de suite l'histoire de sa vie. » Le visiteur, quel qu'il soit, ne s'avisera pas de déclarer que cet homme jouit de sa raison ; et il ne se trouvera pas un magistrat pour ordonner sa mise en liberté. Et si dans l'hospice le malade dont il s'agit devenait homicide, personne ne songerait à l'envoyer à l'échafaud. Les faits seraient pourtant les mêmes, les lieux seuls seraient différens. On aurait dû séquestrer Pierre Rivière, ce jeune homme était trop malade pour jouir de sa liberté. L.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE THERAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

MARS 1836.

N° 5. — 15 Mars.

Les chiffres n'ont pas en médecine la valeur rigoureuse qu'on cherche à leur donner.

L'importance récemment attribuée aux recherches statistiques, et l'application qu'on en veut faire à la pratique de notre art, rappellent plus vivement chaque jour à ma mémoire la fatigante incertitude dans laquelle je me suis trouvé au commencement de ma pratique. Mes études médicales avaient été dirigées par le professeur Chaussier. j'avais mis de mon mieux dans ma tête ce que les auteurs grecs et latins avaient dit sur la médecine; j'avais étudié et comparé bon nombre de traités de la vieille médecine, et par-dessus tout cela j'avais fréquenté deux ou trois ans les hôpitaux. Mes premières études, toutes d'érudition, m'avaient fait partager assez confusément les opinions des vieux auteurs, et là j'avais pris, sinon des idées fort nettes, au moins des idées fort avantageuses sur la matière médicale et sur l'efficacité des agens thérapeutiques. Mes observations dans les hôpitaux avaient, non pas ébranlé ma foi, mais étonné ma raison; il m'avait semblé que l'étude des malades faisait la médecine plus claire que l'étude des livres, mais qu'en revanche l'étude des livres donnait une idée plus avantageuse de la thérapeutique que celle des malades; j'en avais conclu que cela tenait à ce que je ne savais pas étudier convenablement les malades, a ce que les auteurs ne mentionnaient pas tous les cas, mais seulement ceux qui s'accordaient avec leur manière de voir, ou enfin que la médecine n'était au fond qu'une illusion exploitée par ceux qui la font sans y croire, aux dépens des crédules et des poltrons. Je me trouvais donc naturellement dans une sorte de doute méthodique, et je me mis de bonne foi à douter d'abord de moi-même, puis de tout ce qu'on a écrit sur la médecine, et en cherchant à sortir de l'embarras dans lequel je me sentais, j'inventai justement pour mon usage particulier la méthode numérique aujourd'hui florissante.

Me voilà donc m'habituant à l'observation, recueillant de mon mieux les faits de matière médicale et de thérapeutique qui passaient sous mes yeux, étudiant les actions physiologiques et thérapeutiques des moyens les plus énergiques et les plus employés, puis comparant et résumant les résultats pour les cas divers que j'avais observés; je comptais tout; je notais avec soin ce qui arrivait dans l'ordre physiologique et dans l'ordre thérapeutique, et je concluais en soustrayant du total le nombre de fois que chaque sorte d'effet s'était présenté à moi. Or, voici ce qui en résulta : c'est que je tombai dans une confusion plus grande que celle dont j'avais tenté de me tirer; mes chiffres, que j'avais cru si rigoureusement nécessités à me donner le meilleur résultat logique possible, me tirèrent de mon doute méthodique pour me jeter dans une défiance absolue de tout. Si les agens thérapeutiques étaient peu énergiques, le résultat physiologique était peu de chose et le résultat thérapeutiques nul; s'il étaient fort actifs, des effets physiologiques ou toxiques étaient facilement appréciés aussitôt qu'on arrivait à des doses, suffisantes pour leur manifestation, les résultats thérapeutiques souvent nuls, rarement bons, étaient le plus souvent mauvais ou douteux. J'en vins à me demander sérieusement s'il y a une médecine réelle, si on pouvait consciencieusement pratiquer un pareil art. D'après mes chiffres, la réponse devait être négative, puisque, comme ceux des modernes énumérateurs, ils concluaient à peu près toujours à l'indifférence sur tous les moyens, et qu'ils conduisaient à rejeter dans le plus grand nombre des cas les remèdes que les livres présentent trop facilement comme presque infaillibles; mon incrédulité se fortifiant de toutes les raisons pour et contre la doctrine de l'irritation qui était alors vivement discutée, et de tous les faits qui ne manquaient jamais de venir en aide au système qu'on adoptait quel qu'il fût, j'étais moralement dans un état d'incertitude insupportable.

Ne semble-t-il pas lire le tableau de l'état vers lequel la méthode numérique pousse forcément les médecins? l'incertitude absolue sur toute médecine n'est-elle pas la seule conclusion logique à laquelle elle soit encore arrivée? même point de départ, même direction, même procédé, mêmes résultats; c'était et c'est encore à n'en pas sortir, si on ne se hâte de faire d'utiles réflexions. Heureusement pour moi c'est ce qui m'arriva; avant d'oser formuler ma déplorable conclusion, je me mis à examiner sérieusement la marche que j'avais suivie.

Je ne tardai pas à m'apercevoir que j'avais fait complétement fausse route, et j'en vis facilement la raison. Un médicament, un agent thérapeutique, un moyen quelconque, n'est jamais employé au hasard et indiffé-

remment sur tous les malades ; l'expérimentateur le plus déterminé, le sceptique le plus incrédule, ne va jamais au delà de certaines limites, et il n'en est pas un seul qui ose user indifféremment de tous les moyens connus et imaginables dans tous les cas et à toutes les doses. On fait toujours un choix parmi les agens thérapeutiques qu'on emploie ; on fait un choix des cas dans lesquels on croit pouvoir les appliquer ; on fait un choix des doses et de la manière de les administrer ; il y a toujours dans toute expérimentation thérapeutique et avant toute autre considération, détermination raisonnée pour essayer tel ou tel remède ; et cette détermination préliminaire ne peut pas être réduite en chiffres : c'est la conjecture inséparable de toute médecine. Molière le grand médecin, nous présente dans une de ses pièces le docteur Marphurius obligé, par le système philosophique auquel il s'est voué, de douter de tout, priant ses interlocuteurs de corriger s'il leur plaît des façons de parler qui ont le défaut d'être affirmatives, et néanmoins forcé par les événemens de la vie réelle d'avouer, d'affirmer même qu'on l'a battu ; de même, dans la pratique de notre art, à quelque secte ennemie du raisonnement qu'on appartienne, la réalité nous oblige toujours à user du raisonnement conjectural sur lequel toute pratique médicale se fonde exclusivement. L'hypothèse est la base sur laquelle nous bâtissons sans cesse ; en médecine pratique celui qui prétend avoir réglé ses moyens thérapeutiques autrement que je ne viens de dire se trompe et trompe les autres ; infailliblement l'absurdité des résultats fera ressortir l'absurdité de la méthode, comme le bâton du bonhomme met en évidence le défaut du raisonnement de Marphurius.

Avant d'agir en médecine, nous ne pouvons pas ne pas raisonner : c'est là une proposition que personne ne peut mettre en doute, et c'est cette réflexion si simple et si vraie, et la certitude acquise d'ailleurs qu'il y a des remèdes réels, puisque incontestablement le quinquina guérit les fièvres intermittentes, les préparations de mercure et d'or la syphilis, quand tout cela est convenablement administré, qui me rassurèrent. En se présentant bien nettement à mon esprit, ces idées m'indiquèrent le véritable point sur lequel il fallait porter mon attention, et ce point c'est justement le lien conjectural entre le remède et la maladie, c'est l'indication thérapeutique. Que prouvent en effet des milliers d'observations? Rien, que la patience de l'observateur; car le nombre des observations ne prouve pas ni qu'il ait employé convenablement, c'est-à-dire au moment opportun, le meilleur moyen et à la dose convenable, ni qu'il n'ait pas agi ou laissé agir la nature juste à contre-temps, ni qu'il ait été bien ou mal inspiré dans un nombre de cas plus ou moins considérable. Comme dans tout acte médical tenté dans la vue d'un but probable, un raisonnement préliminaire est toujours indispensable, il s'ensuit que les résultats de statistique auxquels arrive un observateur n'ont qu'une valeur relative, subordonnée à ce que vaut l'expérimentateur comme logicien ou comme intéressé dans la question; il s'ensuit que ce qu'il nous donne comme des faits simples, matériels, positifs, est au contraire un ensemble de conjectures, de rapports qu'il a arrangés à sa manière, et que tout autre à sa place eût peut-être arrangés autrement. Aussi, en jetant les yeux autour de nous, en examinant ce qui se passe aujourd'hui sous nos regards, et en remontant par l'histoire jusqu'à nos devanciers, nous voyons partout et toujours ces pauvres chiffres, dont la valeur ne comporte ni plus ni moins, s'étendre ou se restreindre comme si rien n'était plus élastique. Tous les remèdes, à en croire leurs inventeurs, ont des succès merveilleux; partout on s'en trouve bien pendant que la mode dure, témoin la ciguë entre les mains de Storck et de tous ses élèves : tous les procédés auxquels on s'est adonné deviennent des sources exclusives de guérison ; il suffit de citer à cet égard les discussions entre les lithotriteurs et les lithotomistes : tous les systèmes qu'on adopte entraînent avec eux l'intolérance de tout autre système, parce qu'on se croit exclusivement dans la bonne voie, témoin le règne et les modifications des doctrines de l'irritation, du contro-stimulisme, etc. : cela vient de ce que tous ces hommes comptent des chiffres en définitive ; de ce qu'en appliquant leur système avec intelligence, ils arrivent le plus souvent à des résultats avantageux, parce qu'ils choisissent les cas et les remèdes, et parce qu'il y a dans l'homme malade une tendance continuelle à revenir vers la santé ; de ce que l'amour-propre, vivement mis en jeu dans la question, l'entêtement de parti, la fascination de l'enthousiasme, vont trop souvent jusqu'à altérer les résultats, ou en les présentant comme meilleurs qu'ils ne sont, ou en dissimulant leur côté désastreux ; enfin de ce que le chiffre ne prouve qu'autant que l'appréciation des indications a valu, c'est-à-dire que mathématiquement il ne prouve que des faits et des événemens matériels, et nullement si les liens moraux entre ces faits ont été bien saisis. Voilà pourquoi les résultats *chiffrés* ne prouvent pas autrement que quand ils ne le sont pas ; les opérations d'arithmétique qu'on peut leur faire subir portent sur leur existence matérielle, qui est une hypothèse, mais elles ne peuvent rien conclure de mathématique pour l'application qu'on en fait à des cas différens, qui seraient d'autres hypothèses.

Il y a pourtant un point de vue sous lequel l'arithmétique appliquée à la médecine donne des résultats presque précis ; c'est quand on cherche à déterminer quels sont habituellement les effets que tel ou tel agent produit sur une organisation saine ou à peu près. Comme alors on peut tenir compte des doses et des effets observés, on arrive à des approximations suffisantes ; on sait à peu près sûrement quels seront les effets, c'est-à-dire les modifications physiologiques introduites dans l'économie par telle ou telle dose de médicament de telle ou telle sorte. Mais de ce qu'on peut arriver à ce degré de précision quand il s'agit d'effets physiologiques, il ne s'ensuit pas que l'arithmétique soit applicable avec les mêmes avantages aux recherches de thérapeutique proprement dite. En thérapeutique il y a des indications

à saisir ; en physiologie expérimentale il n'y en a pas : dans la première, l'économie est modifiée de manière non-seulement à manifester les effets physiologiques, mais encore à faire un retour plus ou moins rapide vers la santé, ce qui n'a pas lieu dans la seconde ; dans la première on part d'une probabilité tout imaginaire, dans la seconde on part d'un point fixe, connu, senti, l'état de santé ; dans la première tout peut avoir changé du moment que l'agent thérapeutique a été administré, dans la seconde l'expérience peut à volonté se renouveler et se varier ; dans la seconde nous ne disposons absolument que de la quantité matérielle du médicament, dans la première nous sommes maîtres de toutes les conditions, et nous pouvons acquérir en faveur de notre expérience une somme de probabilités presque capable du chiffre, etc.

Je n'eus pas plus tôt senti ces vérités, que je me trouvai soulagé d'un grand poids ; mes doutes n'étaient pas éclaircis ; le voile qui est toujours tendu entre nous et les besoins du malade n'était ni levé ni déchiré pour moi, mais j'étais sorti d'une mauvaise méthode ; j'étais débarrassé d'un scepticisme désespérant ; j'avais compris qu'une bonne matière médicale ne pouvait se faire que sur des expériences bien positives et dont toutes les circonstances seraient soigneusement analysées ; qu'on arriverait assez facilement à déterminer les effets physiologiques produits dans l'état sain par les agens dont nous pouvons disposer ; mais que leurs effets thérapeutiques, dépendant exclusivement d'une bonne appréciation des indications à remplir devaient faire l'objet d'une science d'un tout autre ordre ; en un mot que, quoi qu'on pût dire approximativement, l'opium à telle ou telle dose produit un état analogue au sommeil ou un narcotisme mortel, on ne peut pas apprécier numériquement ses effets thérapeutiques pour un cas particulier de maladie ; qu'incontestablement il faut tenir compte du nombre des faits observés, parce qu'il faut tenir compte de toutes les circonstances saisissables dans les faits qu'on observe, et le nombre est une de ces circonstances ; mais que le fait thérapeutique est si complexe que cette circonstance du nombre seule ne peut pas servir à apprécier le fait.

De ces simples remarques au jugement à porter sur la méthode numérique il n'y a qu'un pas. Dans cette méthode, on part, comme je l'avais fait, d'un mauvais raisonnement ; on doit arriver comme moi à des conséquences sans valeur scientifique. Elle commence comme moi par une erreur de logique, et, si on ne s'en méfie pas, elle finit par un mensonge ; car elle annonce des vérités mathématiquement démontrées, et elle ne conduit qu'à une déception. SANDRAS.

De l'état actuel de la thérapeutique concernant les anévrysmes internes.

(Premier article.)

Comme l'on est généralement persuadé que les anévrysmes internes forment une maladie toujours incurable, l'on ne s'occupe guère plus de ces affections que sous le rapport de l'anatomie pathologique. Mais s'il est vrai, ainsi que cela résulte des faits que nous allons rapporter, que les anévrysmes internes, sans en exclure ceux de la crosse aortique, peuvent quelquefois guérir radicalement, soit par les seules forces de la nature médicatrice, soit par celles de l'organisme jointes aux secours de l'art, l'on conçoit combien une pareille prévention doit être fâcheuse pour les progrès de la thérapeutique. Ce qui a surtout contribué à accréditer cette erreur, c'est la fausse conviction où l'on est que la guérison radicale d'un anévrysme exige indispensablement l'oblitération de l'artère malade. Ce point de haute chirurgie nous paraît, dans l'état actuel de la science, si important et si urgent à la fois, que nous croyons devoir y rappeler d'une manière spéciale l'attention des praticiens. On peut diviser en deux catégories les anévrysmes internes proprement dits : ceux qui émanent, soit de l'aorte elle-même, soit du cœur, soit enfin de quelques branches aortiques, et qui sont inaccessibles à la main chirurgicale, comme ceux de la céliaque, de l'hépatique, etc., et ceux qui naissent dans certaines artères des cavités, mais qui peuvent être susceptibles d'une opération sanglante, tels que ceux des iliaques, de l'innominée, de l'origine des carotides, de la sous-clavière, etc. Il ne sera question dans cet article que de la première catégorie d'anévrysmes internes.

Données pathologiques. — Bien que les anciens eussent connaissance des anévrysmes externes, ils ignorèrent entièrement l'existence des internes. Ne disséquant pas les cadavres et ignorant d'ailleurs la circulation du sang, ils n'ont pas été à même de découvrir et d'étudier les anévrysmes des cavités viscérales. On a cru pourtant voir dans un passage d'Hippocrate (*de Morbis, lib. I, n.* 10) la désignation de cette maladie sous le nom de *varice de la poitrine ;* mais, si l'on veut réfléchir que dans ce passage l'auteur ne parle que du crachement de sang qui précède le début de la phthisie pulmonaire, qu'il attribue à des prétendues varices du poumon ; si l'on veut en outre avoir égard à la symptomatologie qu'il en donne et qui diffère essentiellement de celle des anévrysmes, l'on conviendra que c'est plutôt par analogie avec les varices saignantes des membres qu'Hippocrate a parlé dans ce passage, que d'après l'idée des anévrysmes internes. Il faut arriver à la moitié du seizième siècle pour trouver les premières notions des anévrysmes en question. C'est effectivement en 1557 que la première observation de cette maladie a été publiée par Vésale, à l'occasion d'une énorme tumeur anévrysmale-dorsale qui avait été la suite d'une chute de cheval. Un siècle plus tard, en 1670, on vit paraître une brochure intitulée *de paradoxico Anevrismate aortæ*, par Elsnérus. Depuis cette époque, et surtout à compter du commencement du 18e siècle, les anévrysmes internes ont été principalement étudiés dans les écoles de l'Italie. Les travaux en effet de Valsalva, Albertini, Morgagni, Molinelli, Lancisi, Guattani, Matiani, Scarpa, etc., en font foi. Une belle collection de ces travaux a été réimprimée en France par Lauth de Stras-

bourg, en 1785, sous le titre, *Scriptorum latinorum de anevrismatibus Collectio.* Nous ignorions cependant jusqu'en 1833 qu'indépendamment des véritables anévrysmes, il pouvait exister aussi, dans la poitrine comme dans l'abdomen, des varices anévrysmales formées spontanément par le passage du sang aortique dans une veine cave à travers une brèche accidentelle de ces vaisseaux. Nous possédons aujourd'hui deux observations authentiques de cette terrible maladie, que nous rapporterons plus loin. On prévoit déjà par les considérations qui précèdent, pourquoi la thérapeutique des anévrysmes internes ne commence qu'à dater du 18e siècle. C'est effectivement à Valsalva et Albertini qu'on doit les premiers préceptes bien raisonnés sur cette matière. C'est à eux aussi, et puis à Morgagni, élève de Valsalva, qu'on doit les premières guérisons incontestables sur cette affection.

Les anévrysmes internes sont naturellement divisés d'après les trois cavités du corps qu'ils occupent. Parmi ceux de l'intérieur du thorax, les intra-péricardiens méritent une mention particulière. Les anévrysmes de cette dernière variété, outre qu'ils sont d'un diagnostic fort obscur, à cause du petit volume qu'ils conservent ordinairement (d'un pois, d'une noisette, ou d'une médiocre noix), finissent constamment par une mort aussi subite qu'inattendue. Cela s'explique par l'absence de gaîne celluleuse de la portion intra-péricardienne de l'aorte. Aussi à peine la tumeur sanguine commence-t-elle à se développer, que le petit sac (formé ici exclusivement par le fragile tissu artériel) se rompt et inonde le péricarde d'un déluge de sang, d'où la mort instantanée. Cette dernière remarque est également applicable aux anévrysmes de l'intérieur du crâne. Les artères intra-crâniennes étant, comme on sait, dépourvues de cette atmosphère celluleuse qu'on rencontre autour des vaisseaux des autres régions du corps, le sac anévrysmal crève avant d'acquérir un grand volume, et le malade est foudroyé d'apoplexie. Les poches anévrismales internes qui crèvent dans un organe creux, comme dans l'œsophage, dans la trachée artère, dans l'artère pulmonaire, dans le canal gastro-intestinal, dans la vessie urinaire, dans le sac péritonéal, etc., peuvent, il est vrai, tuer aussi comme d'un coup de foudre, mais cela n'arrive pas aussi constamment que dans les deux variétés ci-dessus mentionnées. En général, les anévrysmes internes du tronc qui ne sont pas renfermés dans le péricarde peuvent acquérir un volume considérable, égaler quelquefois celui de la tête d'un enfant, et pourtant ne pas enlever la vie subitement; car c'est par hémorrhagies répétées que la mort a lieu assez souvent dans ces cas, surtout si la tumeur se rompt à la surface du corps. Je ne m'arrêterai pas à détailler ici les caractères différentiels entre les véritables anévrysmes, et les simples hypertrophies cylindroïdes des artères, et qui ne constituent pas de véritables tumeurs anévrysmales. Ce sont, ainsi que Scarpa l'a longuement démontré, de véritables tumeurs stéatomateuses des parois artérielles que l'on prend mal à propos pour des anévrysmes. Je ne puis pas, par conséquent, m'empêcher de relever un reproche injuste de Hodgson à Scarpa à l'égard de cette différence, que le chirurgien anglais prétend ne pas être mentionnée dans l'ouvrage du professeur de Pavie. Je reconnais néanmoins que Scarpa se trompait lorsqu'il soutenait que les anévrysmes étaient toujours formés par rupture artérielle : cela a lieu le plus souvent, il est vrai, mais l'expérience a démontré aujourd'hui jusqu'à l'évidence l'existence des anévrysmes vrais, ou par dilatation d'un point du tube artériel. Cette variété rare d'anévrysme, lorsqu'elle existe, ne peut être considérée que comme le début ou la première période de la maladie.

Caractères. — Il faut convenir que, bien qu'on ait souvent eu l'occasion d'observer des anévrysmes intra-thoraciques; bien que l'invention de l'auscultation et de la percussion ait éclairci singulièrement le diagnostic de plusieurs maladies de poitrine, il faut convenir que le diagnostic des anévrysmes thoraciques, surtout de ceux qui n'ont encore qu'un petit volume, est entouré de beaucoup d'obscurité (1). Aussi les autopsies ont-elles souvent signalé de ces tumeurs qui avaient été méconnues durant la vie, malgré l'auscultation et la percussion exercées par des hommes expérimentés. Tout ce qu'on avait noté à cet égard était la dyspnée et le bruit du souffle; mais on sent déjà combien ces symptômes sont vagues pour appuyer un jugement avec certitude. Il fallait donc attendre le développement et le bombement de la tumeur au dehors avant de se prononcer. Ce que nous venons d'avancer n'offensera pas, nous l'espérons du moins, nos savans et habiles spécia-

(1) Les anévrysmes intra-thoraciques offrent souvent, il n'y a pas le moindre doute, un diagnostic difficile, mais nous croyons qu'à l'aide de l'auscultation, tout praticien expérimenté doit parvenir à les reconnaître. Ces faits étant rares, nous mentionnerons le suivant, qui nous est propre. Une dame, âgée de vingt-six ans, fraîche et bien portante, fut prise d'oppression et de palpitations; quelques saignées furent nécessaires pour faire disparaître ces accidens, qui ne prirent plus un développement suffisant pour qu'on recourût de nouveau à des émissions sanguines. Un an s'était passé, lorsque des phénomènes d'une nouvelle nature se manifestèrent; périodiquement et tous les jours cette dame était prise d'un mouvement fébrile accompagné d'étouffement et d'une toux sèche et extrêmement fatigante. Le sulfate de quinine et les opiacés n'eurent aucun effet. Quelle était la cause de cette affection? L'embonpoint et la constitution de la malade faisaient rejeter toute idée de tubercules, et d'ailleurs l'examen de la poitrine ne m'avait jamais donné aucun résultat. Quel fut mon étonnement et ma douleur un jour que, désespéré de la persistance et de l'accroissement des symptômes, je recherchais avec le stéthoscope la source du mal, je trouvai à l'angle de l'omoplate gauche un battement avec impulsion et bruissement isochrones au pouls, que la région du cœur seule aurait pu me donner avec cette intensité! Mon diagnostic fut fixé : c'était un anévrysme de la crosse de l'aorte déjà avancé. Je portai, comme on le pense bien, un pronostic extrêmement grave. Il ne tarda pas malheureusement à se confirmer, car moins d'un mois après cette dame fut prise à Versailles d'un vomissement de sang, qui continua malgré tous les moyens et entraîna la mort. L'ouverture ne fut point faite. (*N. du R.*)

listes auscultateurs, car une foule d'autopsies cadavériques récentes confirment notre opinion. La médecine est donc vraiment redevable à deux praticiens anglais, MM. Green et Stokes, d'avoir d'une manière si lumineuse éclairci le diagnostic des anévrysmes commençans de l'intérieur de la poitrine.

Voici à quels caractères les docteurs Green et Stokes sont parvenus à diagnostiquer plusieurs fois avec exactitude l'existence d'un anévrysme commençant, soit de l'aorte ascendante, soit de la crosse aortique. Douleur rétro-sternale, fixe, augmentant par la pression et par l'inspiration, et répondant aussi à l'épine dorsale vers l'espace interscapulaire : bruit de soufflet sur les deux points de la douleur, différant manifestement de celui du cœur; dysphagie progressive vers la hauteur du sternum ; le cathétérisme cependant de l'œsophage ne rencontre pas d'obstacle organique, comme dans le cancer de cette partie ; dyspnée plus ou moins prononcée, plus ou moins intermittente, et respiration trachéale : tuméfaction de la peau du côté droit du cou et des jugulaires du même côté : absence d'œdème des membres comme dans les maladies du cœur : toux et crachement abondant d'une matière liquide et écumeuse comme du blanc d'œuf écumé à peine ; hoquet quelquefois ; percussion claire partout, excepté sur la région sternale ; le stéthoscope appliqué sur le sternum, et sur l'espace interscapulaire, endroits de la douleur, est légèrement soulevé par un petit mouvement presque imperceptible, isochrone à celui du cœur (ce soulèvement est différent et distinct de celui du cœur) : enfin, tous ces symptômes augmentent par la marche et diminuent par le repos au lit.

Lorsque l'anévrysme intra-thoracique a fait assez de progrès pour être visible au dehors, ses caractères sont trop patens pour que nous les énumérions ici : nous nous contenterons seulement de faire quelques remarques. Si la tumeur a pris naissance de la portion ascendante de l'aorte placée en dehors du péricarde, elle proémine derrière les cartilages de la cinquième et sixième côte, qu'elle finit par détruire. La tumeur se montre, au contraire, à la racine du cou et vers la fosse sus-sternale ou en dedans du bord interne du muscle sterno-cléido-mastoïdien, si elle émane du sommet de la crosse de la même artère. Cette dernière circonstance a fait quelquefois prendre la tumeur pour un anévrysme de l'innominée, ou de l'origine de la carotide, ou bien de la sous-clavière ; mais ce point de diagnostic différentiel sera discuté plus amplement dans un prochain article. Disons enfin que, dans quelques cas rares, l'anévrysme de l'arc de l'aorte proémine vers le dos, entre les omoplates (A. Cooper), et dans quelques cas plus rares encore, malgré son volume considérable le kyste sanguin reste caché dans la poitrine s'il a pris naissance de la face concave de l'arc aortique.

Parmi les anévrysmes sous-diaphragmatiques, ceux qui naissent de l'aorte, près de l'origine de la cœliaque, ou de la cœliaque elle-même, ont surtout fixé l'attention des praticiens. Faisons remarquer d'abord que, si les anévrysmes de cette portion de l'aorte ne sont pas rares, ceux de la cœliaque sont beaucoup moins fréquens qu'on ne le croit communément. Effectivement on ne rencontre qu'à peine, dans les annales de la science, quelques cas d'anévrysme de cette dernière espèce, tandis qu'il n'en est pas de même de ceux de la première. Indépendamment des autres caractères communs à toutes les tumeurs anévrysmales, celles de l'aorte épigastrique présentent un symptôme qui leur est propre, la compression de l'estomac, accompagnée de nausées, de vomissemens et de toutes les apparences du squirrhe du pylore : ce caractère mérite donc toute l'attention des praticiens sous le rapport de la thérapeutique. Les battemens qu'on rencontre parfois à l'épigastre chez quelques personnes maigres et nerveuses ont fait plus d'une fois diagnostiquer la présence d'un anévrysme qui n'existait pas en réalité. Ce phénomène peut tenir à plusieurs causes qu'il importe de signaler. L'estomac et la portion épigastrique du canal digestif étant accidentellement remplis de gaz chez quelques personnes hystériques, hypochondriaques, ou autres, reçoivent et transmettent facilement au dehors les battemens de l'aorte, ce qui en impose pour un anévrysme. La veine cave de son côté étant aussi quelquefois trop engorgée de sang et distendue, peut présenter des battemens pareils à ceux qu'on remarque sur les jugulaires dans certaines maladies du cœur. Le cœur lui-même, enfin, peut se trouver déplacé en bas par différentes causes et produire les battemens épigastriques dont il s'agit. M. le docteur Angot, médecin à Grenelle près Paris, m'a assuré avoir dissipé promptement l'alarme produite par une pareille circonstance à l'aide de quelques applications de sangsues. Un autre caractère propre aux anévrysmes de cette région, c'est le déplacement du foie en dehors et en avant de manière à simuler une hypertrophie de cet organe. Ce dernier symptôme n'a été indiqué et constaté que par le docteur Stokes.

Quant aux anévrysmes du reste de l'aorte abdominale, nous n'avons d'autre caractère particulier à ajouter à ceux connus, que les coliques atroces et la constipation habituelle que ces malades éprouvent par l'effet de la compression intestinale. La tumeur peut ici se montrer au-dehors, soit par la région antérieure de l'abdomen, soit par la région lombaire ou dorsale. Les caractères, enfin, de l'anévrysme intra-crânien sont encore trop incertains pour qu'on puisse les exposer avec assurance. Nous dirons seulement, d'après le petit nombre de faits de cette espèce connus, que les symptômes présentés par ces malades se réduisent à la céphalalgie habituelle, à un bourdonnement continuel et fort incommode dans la tête, à la surdité, à l'amaurose et à la stupidité ; mais ces caractères peuvent aussi, comme on le conçoit, appartenir à d'autres lésions intra-crâniennes.

Je termine ce tableau symptomatologique par l'exposition succincte des deux cas rares de varice anévrysmale interne, dont la science s'est enrichie en 1833, et que nous avons signalés en commençant.

L'un de ces cas a été observé, à Édimbourg, par le

docteur Syme; il a pour sujet un cocher de quarante-un ans, qui présentait un œdème pourpré et progressif au cou, à la figure et au bras, lequel finit par gagner tout le tronc; et de plus une dyspnée très-considérable et un fort bruit de soufflet à l'auscultation thoracique; le mal était venu spontanément, sans cause appréciable. A l'autopsie, on a trouvé l'aorte ascendante communiquant par une large ouverture avec la veine cave descendante. Dans l'autre cas, il s'agit d'un jeune homme, âgé de vingt-deux ans, traité dans l'hôpital Saint-Barthélemi, à Londres : il présentait un œdème bleuâtre de l'hypogastre et du scrotum qui gagna bientôt le reste du tronc; il offrait une faiblesse extrême et un froid continuel des membres inférieurs; puis un bruit de soufflet très-marqué à la partie inférieure du ventre. La mort survint promptement, comme chez l'autre malade. La dissection cadavérique a montré l'aorte abdominale communiquant par une large ouverture avec la veine cave vers l'angle sacro-vertébral. Les phénomènes que ces malades ont présentés s'expliquent par le passage du sang artériel de l'aorte dans la veine cave.

L'étude des anévrysmes étant du plus haut intérêt, nous examinerons dans un prochain article les guérisons que l'art a pu obtenir dans ces cas graves, et quelles sont les différentes ressources que la thérapeutique chirurgicale offre aux praticiens pour atteindre ce résultat.

R.

N° 6. — 30 MARS.

De la thérapeutique actuelle considérée dans ses rapports avec la pratique médicale et pharmaceutique.

Étudier la thérapeutique, ce n'est pas seulement apprendre par cœur une liste plus ou moins longue de substances médicamenteuses ou de formules extraites de divers traités de matière médicale; faire de la thérapeutique, ce n'est pas seulement aussi appliquer ces formules ou administrer ces substances plus ou moins souvent à un certain nombre de malades; car en se bornant à une tâche si facile, si banale, il faudrait avoir une singulière disposition à s'admirer dans ses œuvres ou une foi bien grande dans l'infaillibilité des autres, pour trouver cela bon et s'en tenir là. Certes, à ne la considérer que sous ce point de vue, la thérapeutique serait la chose la plus facile du monde, elle qui cependant, de l'aveu de tout esprit sévère et méthodique, est hérissée de tant de difficultés, de tant d'obstacles, lorsqu'au lieu de la prendre comme but d'un métier on la prend comme objet d'une belle et vaste science. Or, pour celui qui s'applique avec conscience et labeur à l'étude des faits de thérapeutique, deux grandes difficultés se présentent et viennent à chaque instant arrêter sa marche en jetant le doute et l'incertitude dans la plupart des résultats qu'il observe. La première de ces difficultés est inhérente à la science elle-même; elle dépend de la diversité des modifications que les différentes constitutions impriment aux procédés thérapeutiques, ou, si l'on veut, de la manière différente dont chaque individualité morbide est affectée par un même agent thérapeutique. Cette difficulté, si grande qu'elle soit, doit être acceptée comme un fait, comme une loi à peu près constante, que tous nos efforts ne pourront abolir, contre laquelle ce serait imprudence et folie de vouloir lutter; et cependant c'est en grande partie parce qu'on n'a pas assez tenu compte de ce fait que l'on a vu et que l'on voit encore tant de dissidence dans les opinions, tant de lances rompues pour et contre un procédé, une méthode, une formule de traitement, chacun invoquant pour soutenir ses opinions des faits contradictoires aux faits avancés par son adversaire. Ne voit-on pas en effet trop souvent tel médicament proclamé comme très-efficace par l'un, être déclaré nul ou à peu près par un autre; et telle substance, signalée comme le plus salutaire des remèdes par celui-ci, être considérée comme un des plus dangereux par celui-là. Chacun conclut des faits qu'il a observés; reste à savoir comment ces faits ont été observés, quel est celui qui a observé le mieux, et surtout si les cas dans lesquels ces observations contradictoires ont été faites avaient entre eux une entière analogie, au moins quant à la nature des maladies; car, pour ce qui est de la nature des individus, la question est encore plus difficile, et cependant c'est le nœud du problème. Voilà donc, il faut en convenir, une grande et presque invincible difficulté qui se présente à vous dès que vous entrez dans le vaste champ de la thérapeutique, et que vous parcourez le domaine des faits qui s'y rapportent, en les interrogeant ces faits avec une impartiale sévérité. Mais que sera-ce si, à ces premiers obstacle qui naissent de la nature même du sujet, qui lui sont inhérens, qui en sont inséparables, viennent s'en joindre d'autres qu'on ne soupçonnait pas d'abord, parce que, à la rigueur, ils ne devaient pas exister, et qui reconnaissent pour cause la légèreté ou l'impéritie, la négligence ou la mauvaise foi apportées, soit dans la prescription, soit dans la confection première ou la préparation des agens thérapeutiques employés. Oh! alors la question, qui déjà était fort difficile par elle-même, devient dans ce cas réellement insoluble, et tous les faits recueillis au milieu de pareilles conditions ne constituent qu'un chaos des faits ou nuls, ou insignifians, ou contradictoires les uns par rapport aux autres. De telles observations malheureusement ne manquent pas dans la science et l'encombrent sans l'enrichir. Notre but, dans cet article, est de nous arrêter à ce second obstacle, opposé aux véritables progrès de la thérapeutique; obstacle qui n'est pas dans la nature, mais en nous, et qu'il importe d'autant plus de signaler que moins de gens semblent l'apercevoir, parce qu'on juge le plus ordinairement d'un résultat sans avoir égard à tous les élémens qui ont pu contribuer à le produire.

La première condition à remplir pour expérimenter en divers lieux un agent thérapeutique, ou répéter des expérimentations déjà faites dans le but d'obtenir des résultats semblables, est d'employer cet agent dans des circonstances analogues et d'après une préparation uniforme. Il n'est personne qui puisse se refuser d'accor-

der que, sans ces deux conditions essentielles, une observation, quelque favorable ou funeste qu'ait été l'issue de la maladie, est de nulle valeur, et que cent, deux cents d'observations de ce genre ne prouvent pas plus qu'une seule. Eh bien! pour un très-grand nombre d'agens thérapeutiques journellement employés, le défaut d'uniformité dans les préparations rend les observations qui se rattachent à l'action de ces moyens d'une valeur à peu près nulle aux yeux de tout homme qui analyse scrupuleusement les faits et qui s'enquiert avec soin de toutes les causes capables de produire un effet constaté. Or, très-souvent on s'en prend au malade lorsqu'il faudrait s'en prendre au remède; très-souvent on s'étonne, ou de sa trop grande énergie, ou du peu d'efficacité d'une substance, et la dernière chose dont on s'enquiert est de savoir comment cette substance a été préparée. Il semble qu'à cet égard le doute ne puisse exister, et qu'un médicament étant toujours censé identique, une formule toujours censée scrupuleusement remplie, il faille chercher dans l'idiosyncrasie du malade, dans une susceptibilité ou une insensibilité exceptionnelles la cause du fait observé. Il est essentiel de dissiduader de cette opinion ceux des médecins qui suivent avec sécurité une pareille marche, et de présenter en raccourci un tableau fidèle des difficultés qu'on rencontre aujourd'hui dans la pratique relativement à l'administration rationnelle d'un assez grand nombre de médicamens.

Il est des médicamens qui sont uniformes et identiques à peu près partout; ce sont les sels et les oxydes métalliques; puis viennent les feuilles et les racines des divers végétaux employés dans la matière végétale. Déjà, à cet égard, de nombreuses différences existent relativement à l'état récent ou à l'état de vétusté de ces substances, au choix qu'on en a fait, au temps où on les a récoltées, au soin qu'on a pris pour leur conservation. Prescrivez, par exemple, une infusion de feuilles de digitale : qu'on livre à votre malade des feuilles recueillies dans l'année, ou des feuilles qui, depuis sept ou huit ans, auront été abandonnées dans le tiroir d'une officine; si, dans ce dernier cas, vous n'avez égard à cette circonstance, vous admirerez combien le malade est réfractaire à l'action du remède, et à quelle forte dose il faut l'administrer pour obtenir un effet sensible; vous opposerez de suite cette observation ou deux ou trois pareilles à d'autres observations dans lesquelles on aura avancé qu'à une dose, deux, trois ou quatre fois moins élevée la digitale aura produit non-seulement des effets thérapeutiques, mais même des accidens plus ou moins graves; chacun invoquera ses faits et personne ne sera convaincu.

Après les plantes ou les parties de plantes conservées à l'état naturel viennent les eaux distillées et les extraits de ces plantes. En général, dans la thérapeutique, ces deux classes de médicamens méritent peu de confiance. Examinez les eaux distillées dans la plupart des pharmacies, presque aucune d'elles ne se ressemblent. Pour l'eau de fleur d'oranger, par exemple, l'une des plus fréquemment employées, il existe d'énormes différences, et pour la force, et pour l'arôme, et pour le goût. L'eau de laitue ne se trouve guère le plus souvent que sur les formules médicales; presque toujours elle est comme bien d'autres remplacée par l'eau de fontaine; à l'exception pourtant de quelques-unes dont la saveur ou l'odeur sont caractéristiques; telles sont l'eau distillée de valériane, l'eau de laurier-cerise, etc. A l'égard de cette dernière, qui, de toutes les eaux distillées communément employées, est la plus active, une différence assez notable existe pour une dose égale, suivant qu'elle est prise dans telle ou telle pharmacie; de sorte qu'un gros de cette eau prise dans tel établissement équivaudra, quant à son action sur l'économie, à une demi-once d'eau du même nom prise dans un autre. En effet, sa saveur, son odeur est ici faible, peu marquée; là, au contraire, forte, pénétrante.

Que dirons-nous des extraits et quelle confiance accorder à ce genre de médicamens. Nous ne croyons pas nous avancer trop en affirmant que les extraits d'une même plante ne se ressemblent identiquement dans aucune pharmacie. Voyez l'extrait d'aconit : ici il est sec, noir et dur; là il est brun, mou et demi-liquide : celui-ci est sans goût, celui-là a une saveur légèrement vireuse; heureux quand il n'est pas altéré par l'humidité et la moisissure. Enfin les plantes qui fournissent ces extraits ont été récoltées pour les uns aux environs de Paris, pour d'autres dans les Alpes; ce qui n'est pas absolument la même chose. Concluez donc après cela, et faites des observations sur les extraits d'aconit et d'autres analogues, en prenant le premier venu.

De tous les extraits employés en thérapeutique, le plus important, le plus fréquemment usité sans contredit, est l'extrait d'opium. Croira-t-on, par exemple, que l'extrait d'opium soit identique partout? Erreur. Telle pilule d'un grain d'extrait d'opium prise dans telle pharmacie produira plus d'effet sur le même individu que ne le feront deux pilules d'un grain chaque prises ailleurs. Cela tient aux qualités différentes des opium que livre le commerce, aux falsifications dont cette substance est l'objet. Ainsi l'opium de Smyrne est plus cher que celui d'Égypte, parce qu'il est plus riche en morphine; il jouit, en un mot, de propriétés plus actives, parce qu'il est de meilleure qualité. Il n'est donc pas indifférent pour la thérapeutique d'administrer un opium de première qualité ou de qualité inférieure; or, très-souvent on achète l'opium au plus bas prix, parce qu'au détail il se vend sur le même pied que l'opium de la première qualité. C'est un bénéfice tout clair; les malades ne s'en aperçoivent guère (1), les médecins n'y pensent pas. Il y a

(1) Il faut être habitué à l'usage de l'opium pour apprécier aisément par la différence de ses effets sur l'économie la différence de sa qualité. Une dame, fort connue par ses productions littéraires, et qui fait habituellement usage d'opium a doses assez fortes, renvoya l'autre jour chez son pharmacien une boite de pilules d'extrait d'opium que celui-ci avait envoyée la veille, et lui fit dire que cette fois l'opium qu'il lui avait fourni était *éventé* et ne valait rien. En effet, ce pharmacien avait épuisé sa provi-

mieux ; c'est que souvent un opium qui offre le plus bel aspect est cependant falsifié au point qu'il n'a presque plus de vertu médicamenteuse (1). Beaucoup de pharmaciens l'achètent de confiance, et les médecins dont les malades ont été traités avec ce médicament infidèle admirent avec quelle facilité ces derniers supportent, sans en être incommodés, des doses successivement croissantes du remède. On note ces faits comme sortant de la ligne ordinaire, on s'empresse de les communiquer aux académies, aux sociétés savantes; on discute, on fait des théories, des rapports sur ces faits intéressans, on les imprime, et l'on oublie de faire ce qu'il fallait faire avant tout, analyser le médicament et s'assurer de sa composition.

Après les extraits viennent les sirops, les teintures et les vins médicinaux. A l'égard des sirops, nous rappellerons ici l'article que nous avons publié dans un précédent n° de ce journal à l'occasion du sirop diacode ou de pavots blancs, et du sirop d'opium. Il règne une inconcevable anarchie dans la préparation de ces sirops médicamenteux dont l'usage est si fréquent : le mot *diacode* s'appliquant pour les uns au sirop préparé avec les têtes ou l'extrait de têtes de pavots, pour les autres au sirop préparé avec deux grains d'extrait d'opium par once. Nous avions signalé cet inconvénient à la Faculté de médecine, parce qu'il nous avait semblé que dans les visites annuelles faites chez les pharmaciens il eût été facile aux commissaires de la Faculté et de l'École de pharmacie de prévenir ceux-ci de confectionner à l'avenir tous ces médicamens d'après une même formule et de la même manière ; mais la Faculté, qui se montre en général fort indulgente dans les examens de thérapeutique, a jugé sans doute qu'il n'était pas nécessaire de s'occuper d'un si mince détail. Quoi qu'il en soit, tout praticien prudent doit à l'avenir indiquer sur sa formule la quantité d'extrait d'opium ou d'extrait de pavot qu'il veut faire entrer dans une once de sirop simple, suivant l'indication qu'il se propose de remplir ; autrement il court risque d'être fort mal compris.

Les teintures se conservent mieux en général que les vins médicinaux et moins souvent que ceux-ci ont besoin d'être renouvelées ; ceci regarde d'ailleurs les pharmaciens que nous voulons supposer tous également disposés à sacrifier tout médicament qui a subi la moindre altération. Mais ce qui nous intéresse nous, c'est le mode de préparation de quelques-uns de ces médicamens. Par exemple, dans ces derniers temps, on a beaucoup expérimenté le vin de colchique, médicament que les Anglais et les Allemands ont mis en faveur chez nous. Eh bien! assemblez une société de médecins, et mettez en discussion la question du colchique : vous serez étonné d'entendre l'un vous dire qu'à la dose de quinze à vingt gouttes de vin de semences de colchique il a vu survenir des coliques et des vomissemens ; d'où il conclut que ce médicament est dangereux et ne doit jamais être porté à une dose un peu élevée ; un autre survient et dit que pour lui le vin de colchique, loin d'être dangereux à la dose de quinze ou vingt gouttes, peut et doit être donné à la dose de trois onces par jour. Là-dessus discussion, faits cités, débat plus ou moins prolongé sans que la question soit complétement résolue pour personne. Il est évident ici qu'entre ces deux extrêmes il est permis de placer des moyens, et qu'entre quinze gouttes et trois onces il est nombre de doses intermédiaires qu'un praticien prudent adoptera, s'il commence sur un malade l'essai de ce remède. Il saura d'avance que le vin de colchique n'agit bien qu'autant qu'il purge les malades, et alors il calculera la susceptibilité de l'individu qu'il traite et dosera le médicament de manière à produire graduellement quelques coliques et quelques selles, sans déterminer de prime-abord une superpurgation violente, un véritable empoisonnement. Mais, pour être plus sûr de son fait, il prescrira lui-même la formule du vin qu'il emploie ; car il devra savoir que dans l'une des meilleures pharmacies de Paris, par exemple, le vin de semences de colchique se prépare avec dix onces de vin d'Espagne pour une once de semences, et que dans une autre maison, qui jouit dans un autre quartier d'une réputation également méritée, ce même médicament est préparé avec une once de semences pour seize onces de vin (1). D'où il résulte que dans la première de ces pharmacies une once de semences de colchique est d'un tiers au moins plus active que dans la seconde, ou, si l'on veut, que huit gros de vin de colchique représentent sous le rapport thérapeutique un peu plus de dix gros de vin de celle-là. Je le répète, avant de discuter dans les académies, avant de faire et de publier des observations, avant de contredire des assertions par d'autres assertions, il faut avant tout cela partir d'un même point ; or c'est ce qui n'a pas lieu.

---

sion d'opium de choix, et celui qu'il avait envoyé provisoirement était de l'opium inférieur au précédent. Il se hâta de s'en procurer d'autre aussi bon que le premier, et cette fois la boîte fut gardée.

(1) Un pharmacien d'une de nos villes maritimes a livré au commerce de l'opium dont il avait retiré provisoirement la morphine ; cet opium, mêlé ensuite avec beaucoup d'art à d'autres extraits amers, à des résines, etc., était d'un si bel aspect et paraissait au premier coup-d'œil de si bonne qualité, qu'il s'est fort bien vendu à Paris, et que beaucoup de pharmaciens en ont acheté croyant faire une bonne acquisition. Un d'eux, auquel on en avait envoyé un échantillon, ne se contenta pas de le regarder, il l'analysa; et n'y trouvant pas le quart de la morphine que doit renfermer un opium de bonne qualité, il le refusa au grand étonnement du droguiste, qui, ayant vendu à d'autres pharmaciens la plus grande partie de cet opium, lui avait, en ami, réservé ce reste comme une excellente occasion.

(1) Le Codex n'indique pas la formule de préparation du vin de semences de colchique; il ne parle que de vin de bulbe. Aussi beaucoup de pharmaciens n'ont-ils pas le vin de semences. La formule plus spécialement recommandée par quelques médecins est dix onces de vin d'Espagne pour une once de semences. La formule la plus accréditée est seize onces de vin pour une de semences; c'est celle qu'a adoptée M. Soubeiran dans son nouveau traité de pharmacie.

Si cet article n'était déjà fort étendu, nous aurions encore signalé aux médecins thérapeutistes plusieurs médicamens à l'égard desquels leur attention doit toujours être éveillée lorsqu'ils le prescrivent, attendu la variation fréquente de qualités de ces substances. Par exemple, les quinquinas, substances toujours d'un prix élevé lorsqu'elles sont de bonne qualité, offrent sous ce rapport d'immenses différences et dans le commerce et dans les pharmacies. Il y en a tels que nous mettrions au-dessous de l'écorce de saule ou de chêne, et qui pourtant au simple aspect peuvent paraître de fort bonne qualité aux yeux d'un homme peu exercé. Le sulfate de quinine, par une raison facile à concevoir, est aussi assez souvent falsifié, surtout en le mélangeant avec la salicine. J'en dirai autant du musc, que son odeur pénétrante permet de mélanger avec d'autres substances sans que cette odeur caractéristique s'affaiblisse notablement; car cette odeur semble être d'autant plus sensible que cette substance a été divisée jusqu'à un certain point. Toutes ces remarques, sans doute, sont de nature à inspirer de la défiance à l'égard d'un très-grand nombre de faits dans lesquels on vante l'action de tel remède à dose faible ou forte, sans qu'on ait pensé à s'assurer d'abord de la qualité et des modes de préparation de ce remède. Ceci est fâcheux, sans doute; mais après tout il y a en thérapeutique assez de déceptions inévitables et indépendantes de nous, sans accepter encore celles qui peuvent provenir de l'inexpérience ou de l'inattention des uns, de la cupidité ou de la mauvaise foi des autres. Si maintenant nous recherchons pourquoi il existe si peu d'unité dans la préparation de beaucoup de médicamens, nous en trouverons la cause principale 1° dans le peu de rapports qui existent entre les médecins et les pharmaciens relativement à l'objet de leur profession réciproque, les uns pour connaître bien ce qu'ils prescrivent, les autres pour préparer exactement ce qui est prescrit; 2° dans la légèreté et la presque indifférence avec laquelle la génération médicale actuelle a étudié la matière médicale. En effet, cette génération s'est élevée à une époque où la thérapeutique était réduite au dernier terme de simplicité, où nulle foi n'existait plus dans les remèdes, où l'étude des lésions anatomiques était tout, celle des agens thérapeutiques rien. Alors dans nos écoles ceux qui n'avaient qu'une médiocre capacité, aussi faibles en thérapeutique qu'en anatomie pathologique et en diagnostic, passaient de l'obscurité de l'école dans l'obscurité de la pratique, et ne servaient en rien la science. Ceux, au contraire, qui sentaient en eux le désir et la force de se distinguer suivaient la voie la plus propre à les faire parvenir à leur but. Dans les concours, soit à l'école, soit dans les hôpitaux, les questions d'anatomie pathologique, de diagnostic différentiel, ont toujours été traitées avec un soin particulier; jamais les questions de thérapeutique. Aux examens de la Faculté, même chose. Cinq minutes d'interrogations sur la botanique, la matière médicale, la pharmacologie, cinq minutes pour chacune de ces sciences, et bien ou mal répondu, les élèves étaient admis et le sont encore; car rien n'est changé. Il semble à l'élève que ce soit un excellent tour joué à l'école que d'escamoter en quelque sorte le premier et le quatrième examen, après avoir lu quinze jours quelques pages d'un manuel d'histoire naturelle médicale, et de thérapeutique, et avoir inspecté quelques-uns des bocaux qui sont dans les cabinets de la Faculté. C'est ainsi que les meilleurs élèves de notre école, en entrant dans la pratique, sont souvent fort embarrassés pour prescrire la plus simple formule: c'est ainsi que, devenus médecins, et ignorant une foule de détails d'histoire naturelle et de pharmacologie qu'un médecin ne doit point ignorer, ils copient servilement la première formule nouvelle qu'ils rencontrent, ou prescrivent des médicamens qu'ils ne connaissent que de nom, sans penser que ces formules peuvent être inexécutables, ou que ces médicamens sont susceptibles de préparations différentes qui feront varier les résultats et pourront les induire en erreur, eux et les autres. Sans doute, à l'époque où nous sommes arrivés, le scepticisme en matière de thérapeutique, qui régnait il y a peu d'années, a fait place au désir d'expérimenter l'efficacité des agens médicinaux et à la conviction universelle que certains agens convenablement administrés dans certaines conditions morbides, peuvent être de la plus grande utilité. Mais pour faire une bonne thérapeutique, il faut avoir étudié auparavant la matière médicale et la pharmacologie; et, pour commettre le moins d'erreurs possibles, il faut connaître toutes les causes qui peuvent engendrer ces erreurs, afin de les prévenir. Aussi, pour que la pratique de la ville puisse dans tous les cas fournir des observations concluantes, il faudrait réunir des conditions qui sont loin d'exister aujourd'hui. Il n'y a guère que dans les hôpitaux où les chances d'erreur sont moins fréquentes; mais, pour qu'à l'avenir l'universalité des médecins pût contribuer aux progrès réels de la thérapeutique, il faudrait voir s'opérer une réforme aussi importante qu'indispensable dans l'enseignement de la médecine et l'exercice de la pharmacie; deux belles utopies! suivant toute apparence.

J. Sabatier.

De l'état actuel de la thérapeutique concernant les anévrysmes internes.

(Deuxième article.)

Nous l'avons dit, et nous le répétons, on a eu tort de poser en principe que tout anévrysme, quel qu'il soit, ne peut guérir radicalement que par l'oblitération de l'artère malade. Il existe une foule de *guérisons bien constatées* qui prouvent qu'un kyste anévrysmal peut être parfaitement et radicalement oblitéré par consolidation organique et que le sang qu'il contient peut être résorbé consécutivement sans que le tube artériel cesse d'être parcouru par ce liquide sur tous les points de son étendue. Les anévrysmes de l'arc de l'aorte eux-mêmes peuvent guérir de la même manière, et le sang conti-

nuer à circuler, comme dans l'état normal. Voici par quel mécanisme ce modè de guérison s'opère.

Le sang qui traverse la poche anévrysmale éprouve dans cette espèce de diverticulum latéral un certain retard dans son mouvement, par suite de cette loi de la physique qui veut que les liquides en mouvement perdent une partie de leur vélocité en passant d'un récipient étroit dans un autre plus large. Cette espèce de retard peut être considérablement augmenté à l'aide d'un traitement approprié; or, nous avons vu, dans un des numéros précédens, que le sang vivant en stagnation se coagule, et que cette coagulation est une véritable décomposition. Le sang commence donc à déposer des couches de fibrine à la circonférence du sac anévrysmal, laquelle s'organise bientôt, donne naissance à des vaisseaux de nouvelle formation (Hunter, Wardrop, Lobstein) qui s'anastomosent avec les vaisseaux extérieurs du kyste, de manière que ces couches de fibrine acquièrent une nouvelle vie. Enfin, un moment arrive où toute la poche anévrysmale se trouve remplie de fibrine stratifiée, formant une masse solide qu'on peut comparer très-exactement à de la substance musculaire bouillie. Les dernières couches déposées répondent à la brèche artérielle; là une fausse membrane se forme d'apparences analogues à la tunique interne du tube artériel; elle acquiert des adhérences avec l'ouverture de l'artère et paraît se continuer avec l'intérieur de celle-ci, de sorte que le sang, ne trouvant plus de poche anévrysmale pénétrable, continue son cours habituel dans l'artère.

Mais un nouveau travail s'établit alors dans le kyste sanguin solidifié de la sorte. Les couches concentriques de la fibrine deviennent de plus en plus solides; elles adhèrent entre elles, comme les parties constituantes de certaines pierres vésicales. Il en résulte une sorte de tumeur sarcomateuse, dont le volume décroît en raison de sa consolidation. Ce travail de plasticité et d'atrophie à la fois, continuant, réduit enfin l'anévrysme à une sorte de nœud solidement appliqué sur l'artère, et faisant continuation avec elle. On peut donc réduire à trois périodes toute cette élaboration thérapeutique naturelle : 1° période de cristallisation stratiforme du sang de la tumeur; 2° période anastomotique ou d'organisation vasculaire de la masse anévrysmale; 3° enfin, période de rétrogradation, d'atrophie ou de résorption de la même masse. On conçoit maintenant, d'après les considérations précédentes, que ce n'est pas en faisant coaguler le sang tout d'un coup qu'on peut obtenir le résultat que nous venons de signaler. Le travail de cristallisation ou de stratification, pour être solide et organisable, ne doit se faire que très-lentement, sans quoi on n'aura dans le sac qu'une sorte de masse sanguine, polypeuse et mollasse, qui n'empêchera pas la poche anévrysmale de faire des progrès.

Les faits sur lesquels reposent les considérations que nous venons d'émettre sont en grand nombre. Déjà Morgagni, dans une de ses épîtres, avait fait connaître plusieurs cas de guérisons d'anévrysmes internes obtenues par lui-même, par Albertini et par son maître Valsalva. Lancisius nous a conservé les détails de la guérison de deux cas d'anévrysme, l'un de la cœliaque, l'autre de l'aorte abdominale. Il intitule ainsi la narration de ces deux observations : *exemplum sanati anevrismatis arteriæ cœliacæ et inferioris aortæ.* Les détails qu'il en donne rendent le fait incontestable; l'auteur finit avec ces phrases : *Subsedit enim et evanuit tumor; indeque ægrotus iste per sexdecim annos sanus vixit.* Les remèdes employés par Lancisius ont été les saignées, le repos, les laxatifs huileux et le régime lacté.

Personne, je crois, ne révoquera en doute les deux guérisons d'anévrysme de l'aorte thoracique obtenues par Pelletan, puisque la nécropsie, faite plusieurs années après, a constaté la réalité des heureux résultats. L'une de ces observations a trait à une jeune femme qui, par ses imprudences, avait éprouvé plusieurs récidives anévrysmales et dont elle fut guérie; sa vie put être ainsi prolongée de plusieurs années. L'autre est relative à un homme de soixante un-ans, crieur à la halle, qui a été radicalement guéri en un mois de traitement.

Mais les observations les plus irrévocables et les plus encourageantes en même temps d'anévrysmes internes guéris se trouvent dans l'ouvrage de Hodgson. Huit cas de guérisons réelles, obtenues par le mécanisme que nous venons d'exposer, ont été rapportés par cet auteur. Plusieurs de ces cas sont accompagnés d'autopsie et de figures. On voit, entre autres, la figure d'un cas remarquable d'anévrysme de la crosse aortique qui avait été guéri de la manière indiquée. Il faut dire néanmoins que chez quelques-uns de ces sujets, le traitement n'ayant été entrepris que trop tard, la guérison de l'anévrysme ne leur a pas éte très-profitable, car le poumon ayant été désorganisé par la présence de la tumeur, ils ont succombé consécutivement de phthisie pulmonaire.

D'autres exemples analogues de guérison radicale ont été observés après Hodgson. Si de nos jours, cependant, les observations de cette nature sont devenues presque inouïes, cela tient, ainsi que nous l'avons déjà dit, à l'oubli fâcheux dans lequel est tombé ce point de thérapeutique et surtout à la défaveur qu'un homme d'un grand crédit, Boyer, a jeté avec trop peu de réflexion sur la valeur du traitement que nous allons aborder.

Méthodes curatives. — Si l'on voulait, certes, suivre exactement dans la pratique la méthode de Valsalva, dans le traitement des anévrysmes internes, on n'aurait que très-rarement la satisfaction d'obtenir le but désiré. Réduire les malades à un degré extrême de langueur, en leur tirant presque tout le sang de l'organisme et en ne leur accordant pour toute alimentation que deux assiétées de bouillie par jour, et quelques verres d'eau fraîche, c'était pousser trop loin les idées préconçues, c'était anéantir la constitution, leur ôter toutes les ressources réparatrices, et tuer *savamment* les malades. Réduits de la sorte à un degré de faiblesse telle qu'ils ne pouvaient plus relever les bras, ainsi que Valsalva le voulait, les malades mouraient presque exsangues, comme les animaux que l'on saigne à mort pour

des expériences physiologiques. Il est clair que, d'après cette méthode, les anévrysmatiques ne pouvaient que difficilement guérir, car le sang, étant par là réduit à une sorte de lavasse, dépourvu de fibrine, et par conséquent de plasticité vitale, manquait de l'élément le plus essentiel à l'oblitération du sac anévrysmal. Il n'en est pas de même de la méthode curative que nous allons exposer.

Si nous nous sommes bien fait comprendre dans les considérations précédentes, on a pu déduire facilement que c'est moins en diminuant énormément la masse du sang qu'en mettant celui qui traverse le kyste anévrysmal dans les conditions convenables de cristallisation qu'on peut obtenir la guérison de la maladie. Cette indication fondamentale peut être remplie à l'aide de plusieurs moyens.

1° *Saignées générales* réglées d'après l'état du pouls. On commence le traitement par deux saignées du bras, de trois à quatre palettes chacune, faites dans le même jour. Ce premier moyen a pour but d'abattre une partie de la force impulsive du cœur et des artères et de retarder par là le mouvement du sang dans la poche anévrysmale. Quelques jours après, lorsque le pouls paraît reprendre son ancienne vigueur, on rouvre la veine en ne faisant qu'une seule saignée moins forte que les précédentes. Les jours suivans, on se conduit de la même manière, en prenant toujours le pouls pour règle. On fera de la sorte d'abord deux petites saignées par semaine, puis une seulement. Chaque saignée, sans affaiblir considérablement la constitution, produit une certaine perturbation sur le cœur et les artères; le sang de la tumeur, éprouvant un certain retard, acquiert la facilité de se décomposer et de déposer une couche de fibrine dans la poche anévrysmale. Il importe beaucoup dans ces saignées répétées de prévenir la syncope, qui pourrait quelquefois se terminer par la mort, ainsi que Morgagni et Hodgson l'ont observé; aussi faut-il que le malade reste couché pendant l'écoulement du sang et que l'ouverture de la veine soit très-large, afin que le sang coule en nappe plutôt que de jaillir; il est bon aussi d'ôter dans le même but le cordon de la saignée après que le vaisseau a été ouvert. (Pelletan).

2° *Saignées capillaires.* Lorsque le malade présente, indépendamment de l'anévrysme, quelque autre indication particulière qu'on peut remplir par les sangsues, comme la suppression des règles chez la femme, des hémorrhoïdes fluantes chez les deux sexes, etc., on remplacera de temps en temps la saignée générale par une évacuation sanguine locale.

3° *Alimentation substantielle, mais peu excitante.* Le sang qu'on tire a besoin d'être réparé, afin de pouvoir continuer longtemps le traitement. L'organisme lui-même s'affaisserait sans cela, et il en résulterait des maladies asthéniques mortelles, telles que des hydropisies générales, etc., ainsi que cela a été observé par plusieurs praticiens. Aussi convient-il de soutenir les forces du malade, de manière cependant à ne pas trop provoquer l'action du cœur. Les gelées végétales et animales, les crèmes de riz ou d'autres amilacés, différentes espèces de confitures, les laitages pris froids pour ne pas exciter trop les organes, les bouillons gras froids, les panades, les fruits bien mûrs cuits ou crus, certaines espèces de légumes, tels que la carotte, etc., etc., conviennent parfaitement.

4° *Les purgations répétées.* Une fois par semaine au moins le malade doit être purgé, moins dans le but de l'évacuation que pour produire cette espèce de malaise asthénique qu'on éprouve durant l'action des purgatifs. C'est dans ces momens effectivement que le sang de la tumeur trouve de la facilité à se décomposer. De petites pilules, composées d'une goutte d'huile de croton tiglium et de poudre de gomme, pourraient remplir cette indication.

5° *Remèdes coagulateurs internes.* Monteggia avait judicieusement proposé dans ces cas l'usage de l'acétate de plomb liquide par petites doses progessives dans quelque tisane astringente; Sabatier a donné avec avantage les pilules d'alun; Pelletan prescrivait une décoction de grande consoude édulcorée avec le sirop de coing et animée d'un peu d'eau de Rabel; d'autres enfin ont administré une infusion de feuilles de noyer. Il faut prendre garde cependant de trop déranger par ces remèdes les fonctions des organes digestifs; mieux vaudrait, si le malade ne tousse point, le tenir à l'usage de la limonade ou de l'orangeade cuite, ou mieux encore du sirop de grosseille dans de l'eau fraîche.

6° *Remèdes calmans.* Les opiacés, tels que le sirop de diacode, etc., surtout le soir, peuvent être ici d'une grande utilité; mais ce sont surtout les différentes préparations de digitale qu'il ne faut pas oublier. On sait de quelle puissance répressive jouit cette substance sur les mouvemens du cœur. On peut la donner en lavement: c'est peut-être la meilleure voie d'administration dans ces cas; ou bien par la méthode endermique. Dans ce dernier cas, on escorie un point de la surface du derme qu'on saupoudre avec de la poudre de digitale porphyrisée, en commençant par la dose de six, huit ou dix grains. Le vésicatoire est renouvelé de temps en temps sur d'autres points, lorsque sa surface cesse d'absorber.

7° *Topiques coagulateurs.* Il a été démontré dans un des derniers numéros combien il était absurde, et dangereux même quelquefois, d'appliquer de la glace sur les tumeurs anévrysmales, principalement sur celles de la poitrine. Je ne reviendrai pas sur ce sujet; je dirai seulement que si la tumeur bombe à la surface du corps, c'est aux topiques chauds qu'il faut au contraire avoir recours pour le but dont il s'agit, comme aux cataplasmes de farine de graine de lin et de vinaigre, ou bien à des compresses trempées d'acétate de plomb, de vin rouge, etc.

8° *Repos du corps et de l'esprit.* Enfin il va sans dire que durant tout ce traitement, dont la durée est toujours de deux à six mois, et même davantage quelquefois, le malade doit rester au lit dans un calme parfait de corps et d'esprit. C'est à la sagacité du médecin à prendre toutes les mesures convenables pour que cette indication fondamentale soit remplie avec toute l'exactitude possible.

Je m'aperçois que le sujet par son importance m'a entraîné malgré moi au-delà des limites d'un article ordinaire. Je ne puis cependant m'empêcher de faire une dernière remarque.

Sac artificiel. Lorsque la tumeur anévrysmale a été réfractaire au traitement méthodique, ou bien qu'elle a été abandonnée à elle-même, le chirurgien a un dernier devoir à remplir ; c'est de retarder autant que possible sa rupture. Si la tumeur proémine à la surface de la peau, celle-ci est distendue, amincie, enfin gangrénée sur le point le plus culminant (1). Il faut dans ce cas consolider l'escarre et s'opposer à sa chute immédiate à l'aide de plusieurs compresses en plusieurs doubles trempées dans de l'eau-de-vie camphrée, ou bien dans un mélange de sel et de vinaigre, et soutenir le tout avec un bandage approprié. Mais si l'escarre est déjà détachée et qu'une première hémorrhagie ait eu lieu, la brèche de la poche anévrysmale est ordinairement remplie d'un gros caillot prêt à s'échapper lui-même et à produire la fatale catastrophe. Il faut dans ces cas faire une sorte de sac artificiel au-devant de la tumeur et s'opposer à l'issue du bouchon sanguin. On applique sur l'ouverture du kyste une ou deux compresses carrées et épaisses trempées des substances indiquées ; on met par-dessus un grand nombre de ronds en toile de diachylon gommé très-collans et de diamètre croissant, de manière à en faire une sorte de mamelle ; on soutient ces cercles à l'aide de plusieurs bandelettes collantes qui les croisent en différens sens ; des compresses longuettes et une bande artistement arrangée soutiennent tout l'appareil. Une jeune femme qui se trouvait dans ce cas extrême, ayant été secourue de la sorte par M. A. Cooper, a pu continuer à vivre pendant vingt-sept jours, et encore n'est-elle morte que d'une inflammation suppurative de l'intérieur de la poche anévrysmale et de l'aorte thoracique, d'où le mal provenait.

R.

(1) Il est d'observation que lorsqu'un anévrysme se rompt à la surface du derme ou bien dans une cavité muqueuse, comme dans l'œsophage, le tube gastro-intestinal, etc., c'est toujours par l'intermédiaire d'une escarre que cela a lieu ; tandis qu'au contraire c'est par une véritable éraillure ou déchirure que la poche s'ouvre si elle se fait jour dans une cavité séreuse, comme dans le péricarde, les plèvres, le péritoine, etc.

JOURNAL DE PHARMACIE

ET

DES SCIENCES ACCESSOIRES.

MARS 1836.

Recherches sur le principe vénéneux de manioc amer. — Lues à l'Académie royale de médecine ; par MM. O. Henry et Boutron-Charlard.

(EXTRAIT.)

Si, des nombreux végétaux alimentaires dont la culture peut intéresser l'homme, le manioc amer est l'un des plus utiles à étudier, en raison des populations nombreuses qu'il nourrit sous les tropiques, il offre aussi au chimiste et au médecin un curieux sujet de recherches, pour connaître la nature du poison qui accompagne toujours la fécule dans les racines de ce végétal, et pour constater les symptômes morbides auxquels il donne lieu.

Il doit paraître en effet bien surprenant que la nature, qui produit tout dans des vues de prévoyance et de conservation, ait placé à côté d'une fécule alimentaire et savoureuse, l'un des poisons les plus actifs du régne organique. A la vérité, peut-être doit-on s'empresser de dire que non-seulement ce poison se volatilise à une chaleur modérée, mais encore qu'il est contenu dans un liquide susceptible de passer facilement à la fermentation, phénomène qui indubitablement doit faire varier ses principes ou opérer son dégagement; mais il n'en reste pas moins prouvé que cette association dangereuse donne souvent lieu dans les Antilles, soit par ignorance, soit par manque de soin, aux accidens les plus funestes.

A une certaine époque, lorsque les Nègres voulaient se soustraire à un esclavage trop rigoureux, ou aux châtimens cruels qui leur étaient infligés, c'est le suc de manioc qu'ils choisissaient de préférence pour se donner la mort. Ces empoisonnemens, qui souvent devenaient contagieux sous certaines influences morales, ont engagé plusieurs colons à traiter les noirs avec moins de rigueur; mais il est pénible d'avouer que ce résultat est plutôt dû à des vues d'intérêt qu'à un sentiment d'humanité.

Du petit nombre de travaux entrepris jusqu'ici sur le suc de manioc, celui qui offre le plus d'intérêt est un mémoire que le docteur Fremyn a lu en 1764 à l'Académie de sciences de Berlin. Il résulte en effet des expériences qu'il a tentées à Surinam, que la distillation enlève au suc de manioc ses propriétés vénéneuses, et que c'est dans les premières onces de ce liquide passé à la distillation, que le poison paraît contenu. De cinquante livres de suc de manioc qu'il a distillées, il a retiré 3 onces d'un liquide extrêmement vénéneux. Trente-cinq gouttes de ce liquide ont été administrées à un esclave empoisonneur condamné à mort, et peu d'instans après il a succombé en faisant de contorsions violentes et en poussant des hurlemens affreux.

Le docteur Fremyn décrit aussi, dans son mémoire, les symptômes qui accompagnent toujours l'empoisonnement des animaux ; mais comme ils présentent beaucoup d'analogie avec ceux que nous avons observés nous-mêmes, et dont nous aurons à nous occuper à la suite de ce travail, nous y reviendrons bientôt.

Depuis on avait cru remarquer que le suc de manioc amer, nouvellement exprimé, offrait quelque analogie d'odeur avec l'acide hydrocyanique étendu, et on avait émis l'opinion que ce pourrait bien être à cet acide que le suc de manioc devait ses propriétés délétères. En 1828, MM. Soubeiran et Pelletier ont cherché à vérifier cette assertion, mais la petite quantité d'eau distillée de manioc sur laquelle ils ont agi, ne leur a donné à cet égard qu'un résultat négatif.

L'un de nous ayant reçu de source certaine, dans le courant de 1833, deux livres de suc de manioc amer, le soumit à quelques essais qui le portèrent à conclure que ce suc contenait en effet de l'acide hydrocyanique. Malheureusement cette quantité ne lui permit pas de multiplier beaucoup ses expériences, et il souhaitait vivement de pouvoir les réprendre et de leur donner plus d'étendue, lorsque l'occasion viendrait à s'offrir. Dans la crainte qu'elle ne se présentât de longtemps, il pria la personne qui lui avait adressé le suc de manioc dont il vient d'être parlé, de vouloir bien lui en expédier une plus grande quantité, et surtout d'y joindre quelques racines fraîchement arrachées de terre, en lui laissant le choix des moyens pour qu'elles pussent faire le voyage et arriver ici dans le meilleur état de conservation possible (1). Quelques mois après il reçut

(1) Ces racines ont été expédiées en France dans un petit baril exactement bouché, et au milieu d'une masse de goudron, qui les a garanties du contact de l'air extérieur ; leur humidité a

en effet une assez forte quantité de suc de manioc amer, et plusieurs racines de différentes grosseurs. C'est le résultat de l'examen chimique de ce suc et de ces racines de manioc amer que nous présentons aujourd'hui à l'Académie.

Caractères du suc de manioc expédié.

Ce suc filtré est presque incolore, mais il a une teinte légèrement opaline ; son odeur rappelle celle de l'acide prussique étendu, mêlée à celle de la viande cuite ; sa saveur est aigrelette et osmazomique ; sa densité était de 1,012 ; il rougit fortement le tournesol ; laissé en contact avec l'air atmosphérique, il acquiert promptement une couleur brune, et fournit par évaporation spontanée des petits cristaux grenus.

Ce suc avait laissé déposer au fond du vase, dans lequel il avait été renfermé, une certaine proportion de fécule, mêlée de fibres de la racine et surnagée d'une substance floconneuse, jaunâtre. Cette dernière, recueillie et examinée, a offert tous les caractères d'une matière grasse ; elle cristallisait très-bien dans l'alcool et dans l'éther en petits mamelons aiguillés ; exposée à la chaleur, elle se fondait promptement en exhalant une odeur de graisse ; traitée par la potasse, elle a fourni un savon mou, dont l'acide hydrochlorique a séparé un acide gras, cristallisable.

Analyse.

2,000 grammes de suc de manioc filtré ont été introduits dans une cornue de verre, munie d'un tube de Welther, plongeant dans une solution de nitrate d'argent très-étendu d'eau. L'appareil chauffé, le liquide a été mis en ébullition pendant une demi-heure. A peine l'ébullition s'est-elle manifestée, que le nitrate d'argent a été fortement troublé, et il s'y est formé bientôt un dépôt blanc caillebotté. Ce dépôt, recueilli, lavé et séché à 100° centigrades, pesait un gramme, il avait pour caractères d'être insoluble dans l'eau, l'alcool et l'acide nitrique, soluble dans l'ammoniaque, et dégageait, mis en contact avec l'acide hydrochlorique, une odeur prussique très marquée ; décomposé par le deutochlorure de mercure, et le liquide évaporé à siccité, puis traité à plusieurs reprises par l'éther, laissait pour résultat du cyanure de mercure (1).

Le liquide de la cornue était devenu louche, et avait une teinte rosée opaline. En prolongeant l'ébullition, il s'y forma des flocons bruns, qui, séparés par le filtre, ont dégagé une odeur animale des plus prononcées, et qui n'était due qu'à de l'albumine coagulée. Le suc alors était complétement clair ; évaporé au bain-marie en consistance sirupeuse, il dégageait une odeur de viande cuite très-marquée, mêlée d'acide acétique. Après quelques jours, il laissa déposer une matière grenue, cristalline, assez abondante, en tout semblable aux cristaux obtenus par évaporation spontanée du suc, et sur laquelle nous allons revenir.

Les eaux-mères des cristaux étaient brunes, visqueuses, d'une saveur osmazomique, mêlées d'amertume, et très-acides. En les distillant de nouveau avec de l'eau, nous avons obtenu un liquide contenant de l'acide acétique. Le résidu de la distillation était d'un brun foncé, et nous a paru renfermer le principe amer du manioc, uni à une matière animale très-azotée (albumine altérée).

Dans le but de débarrasser, autant que possible, cette substance de l'amertume et de l'acide acétique qu'elle retenait encore, nous l'avons traitée plusieurs fois par l'éther sulfurique. Le résultat de ce traitement a été une matière brune, devenant solide, très-sapide, qui nous a paru analogue à celle qui, à Cayenne, est employée comme condiment, sous le nom de *Cabiou* ou *Cabion* (1).

La matière cristalline provenant de l'évaporation du suc a été purifiée à plusieurs reprises par l'eau afin de l'isoler d'une petite quantité de phosphate de chaux. Elle cristallisait alors en petites aiguilles blanches, agglomérées, à peine solubles dans l'alcool, rougissant fortement le tournesol, et d'une saveur acide non désagréable. Décomposée par le feu, elle exhalait une odeur de pain brûlé, sans produits ammoniacaux : le résidu calciné longtemps à l'air était blanc, et a été reconnu après quelques essais pour de la magnésie. $^{ogr.\,12}$ de ce sel pur, séché à 120° centigrades, ont donné magnésie pure $^{ogr.\,5}$ ce qui donnerait pour 100 de sel, 24 de magnésie et 76 d'acide. La matière cristalline grenue était donc un sel acide à base de magnésie ; ce sel acide dissous dans l'eau, s'est comporté avec divers réactifs de la manière suivante :

Oxalate d'ammoniaque.	Trouble, léger, lent à se former.
Ammoniaque liquide.	Dépôt floconneux blanc, plus sensible encore par l'addition du sous-phosphate de soude.
Soude et barite caustiques.	Précipité blanc gélatiniforme.
Sulfate de cuivre et proto-sulfate de fer.	Rien.
Acétate neutre de plomb.	Rien.
Nitrate d'argent.	Léger dépôt virant promptement au noir.

Ces caractères ne se rapportant à aucun des acides organiques connus, nous avons cherché à isoler celui

---

empêché le goudron de les pénétrer, et elles se trouvaient dans un parfait état de conservation à leur arrivée à Paris.

(1) Afin d'avoir un moyen de comparaison, nous avons aussi décomposé par le deuto-chlorure de mercure du cyanure d'argent préparé de toutes pièces, et nous avons obtenu un résultat entièrement identique.

(1) A Cayenne, pour préparer le *cabiou*, quand on a séparé la cassave, on évapore le suc jusqu'à consistance de sirop épais, et on y ajoute quelques grains de piment. Cet assaisonnement est alors d'un goût agréable qui excite l'appétit et qu'on mange d'ordinaire avec le rôti.

existant dans ce sel. A cet effet, nous en avons décomposé une certaine quantité par de l'eau de barite versée dans la solution jusqu'à cessation de précipité ; le dépôt gélatineux de magnésie séparé par le filtre, on a obtenu dans la liqueur l'acide organique à l'aide d'une addition ménagée d'acide sulfurique. Cette solution, évaporée dans le vide de la machine pneumatique, a fourni des aiguilles prismatiques très-distinctes, d'une acidité très-franche, solubles dans l'alcool et dans l'eau, fusibles à une douce chaleur, en une matière transparente d'aspect gommeux, et donnant, avec la chaux, la barite, la soude et la magnésie à l'état neutre, des sels cristallisant en mamelons, se fondant à une douce chaleur et n'ayant aucun caractère vénéneux. Quoique cet acide ne nous ait paru avoir aucune identité avec la plupart des acides du règne organique, comme cependant il pourrait se faire qu'il ne fût qu'un congénère de l'acide malique, nous n'avons pas jugé à propos de lui donner un nom nouveau.

Par les essais qui précèdent, nous voyons que le suc de manioc expédié a fourni par la distillation une quantité notable d'acide hydrocyanique facilement appréciable par le cyanure d'argent, auquel il donna lieu. De plus nous nous sommes assurés que cet acide préexiste dans le suc, et que le dépôt qu'y forme le nitrate d'argent renferme une certaine proportion du même cyanure. Voulant néanmoins acquérir encore de nouvelles preuves de la présence de cet acide, nous avons fait bouillir du suc de manioc dans une cornue, et le produit a été recueilli dans un flacon contenant en supension de l'oxide rouge de mercure très-divisé. Après vingt minutes d'ébullition, une partie de cet oxide avait disparu, et la liqueur filtrée et évaporée avec soin a fourni du cyanure de mercure. Cette expérience vient donc encore à l'appui de la première, pour démontrer d'une manière positive la présence de l'acide hydrocyanique dans le suc de manioc récolté depuis cinq mois, et qui avait été exposé à une température assez élevée, pendant une traversée de cinquante-cinq jours.

Examen des racines fraîches du manioc amer.

Pour nous convaincre si le suc de manioc, qui nous a été envoyé n'avait subi aucune altération, et présumant que les racines fraîches qui étaient dans un état parfait de conservation nous conduiraient à des résultats plus certains, nous les avons soumises à l'analyse.

Ces racines, dont nous offrons à l'Académie à la fois un dessin réduit à l'une d'elles, avaient les caractères suivans : elles étaient d'une forme cylindrique ou ovoïde, de la grosseur d'un fort navet ou même d'une betterave, recouvertes d'une écorce grise violacée, coriace, se détachant assez facilement de la partie interne qui est blanchâtre, fibreuse et comme radiée. Coupées par tranches elles dégageaient une légère odeur cyanique et prenaient une teinte rosée par le contact de l'air.

Deux de ces racines mondées de leur écorce, et pesant ensemble 2 kilogrammes 280 grammes, ont donné, après avoir été râpées et exprimées, 875 grammes de suc d'une couleur jaunâtre, moins opaline que le suc expédié. Ce suc, abandonné dans un flacon entièrement plein et bouché à l'émeri, a laissé déposer, après vingt-quatre heures, de la fécule surnagée par quelques flocons fauves de matière grasse ; exposé à l'air, il a pris une teinte brune très-foncée en peu de temps. 500 grammes soumis à la distillation ont fourni un poids de cyanure d'argent sec équivalant à un gramme, c'est-à-dire une quantité quadruple de celle fournie par le suc expédié. Le résidu de la distillation, évaporé à une douce chaleur, a donné les mêmes produits, si ce n'est l'acide acétique, dont nous n'avons pu trouver aucune trace, et qui probablement ne se trouvait dans le suc expédié que par suite de la décomposition d'une petite quantité de sucre. Le suc des racines, traité par la levure, a en effet donné lieu à une fermentation alcoolique, ce qui vient à l'appui des expériences de M. Soubeiran, qui a annoncé l'existence du sucre dans les racines de manioc.

Conclusions. De ce qui précède on peut conclure que la racine de manioc amer renferme :

1° De la fécule amylacée.
2° De l'acide hydrocyanique libre.
3° Une petite quantité de sucre.
4° Un sel à base de magnésie dont l'acide organique est particulier.
5° Un principe amer.
6° Une matière grasse cristallisable.
7° Une matière très-azotée (osmazome végétale).
8° Du phosphate de chaux.
9° De la fibre ligneuse.

Essais physiologiques.

L'action délétère non douteuse du manioc amer sur l'économie vivante devait nous engager à rechercher si les racines et le suc qui nous étaient parvenus conservaient encore des propriétés énergiques ; dans ce but, nous avons tenté divers essais. Nous avons administré à plusieurs cochons d'Inde des quantités différentes de suc de manioc expédié, et de suc de manioc extrait par nous des racines ; dans tous les cas, la mort a eu lieu. Avec le suc expédié, l'animal n'a succombé qu'après en avoir pris 38 à 40 grammes: tandis qu'avec le suc récent de la racine, qui, ainsi que nos expériences l'ont démontré, renferme quatre fois plus d'acide hydrocyanique, 9 à 10 grammes ont constamment suffi. Les symptômes qui précèdent la mort ont été les mêmes dans les deux cas ; d'abord l'animal a paru triste et est resté immobile en se contractant en boule ; puis quelques minutes après il a poussé des cris plaintifs et était agité de mouvemens convulsifs, qui le portaient à se coucher sur un côté. Ces mouvemens offraient peu d'intermittence et étaient suivis de déjections alvines et urinaires ; enfin ils devenaient plus rapprochés quoique moins intenses, et se terminaient par la mort au bout de 40 à 55 minutes. Le cadavre de ces animaux acquérait bientôt une rigidité des plus marquées.

Si nous comparons ces symptômes d'empoisonnement avec ceux décrits par M. Orfila dans sa Toxicologie, sur l'action de l'acide hydrocyanique étendu et sur l'eau distillée de laurier-cerise, nous voyons qu'il existe entre eux la plus grande analogie, et nous pensons encore être plus autorisés à regarder l'acide hydrocyanique comme le principe vénéneux du manioc amer. D'ailleurs, si à cet égard il pouvait encore rester le moindre doute, l'expérience suivante suffirait pour le dissiper. Afin d'enlever au suc de manioc tout l'acide hydrocyanique qu'il pouvait renfermer, nous l'avons agité avec une certaine proportion d'oxide d'argent récemment préparé et encore humide; puis la liqueur filtrée fut mise en contact avec un léger excès de sel marin, dans le but d'isoler le sel d'argent qui devait rester dans la liqueur et qui provenait de la combinaison de l'oxide avec l'acide organique fixe dont nous avons parlé plus haut. Ce suc, filtré de nouveau et privé ainsi d'acide hydrocyanique, a été donné à des animaux à des doses assez fortes, sans qu'aucun d'entre eux ait été malade.

Rapport fait à la Société de pharmacie de Paris; par MM. Soubeiran *et* O. Henry, *le* 2 *décembre* 1835.

Sur un mémoire de M. André.

Messieurs,

Au mois d'août dernier, M. J.-J. André, pharmacien, professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Metz, vous a adressé un mémoire dont vous avez chargé M. Soubeiran et moi de vous rendre compte. Pour remplir vos intentions, nous allons vous exposer successivement les différens points du travail de notre honorable confrère, en les discutant tour à tour. Nous ne pourrons toutefois nous dispenser d'entrer dans des détails assez longs sur le travail, puisque le temps n'a pas permis d'en faire la lecture dans votre séance: aussi nous réclamons, messieurs, votre indulgence, pour occuper peut-être un peu longuement les précieux momens de votre société. M. André s'est proposé d'expliquer l'action des acides et du chlore sur la quinine; il en a déduit des applications à l'analyse des écorces de quinquina, et enfin il a reconnu la production de l'iodure d'azote par une réaction qui n'avait pas été indiquée.

Les différens points de ce mémoire exposés, passons à leur examen successif.

PREMIÈRE QUESTION. — *De l'action des acides sur la quinine.*

« Tous ceux qui ont eu occasion, dit M. André, de » préparer des solutions de sulfate de quinine basique, » en les aidant par quelques gouttes d'acide sulfurique, » ont pu remarquer la belle teinte opaline et bleuâtre que » prend alors le liquide; les traités de chimie les plus » estimés ne font aucune mention de ce fait. M. Guibourt est, je crois, le seul qui ait cherché à l'expliquer. » Voici ce qu'il dit dans le tome Ier de la 2e édition de » sa *Pharmacopée raisonnée :*

» Le sirop de quinine, de même que toutes les solu- » tions de sulfate de quinine que l'on étend d'eau, offre » un coup d'œil opalin et bleuâtre. Cet effet est dû à ce » que l'affinité de l'eau pour l'acide opère un commen- » cement de précipitation de sous-sulfate, et permet, » aux molécules de ce sel, d'acquérir un degré de co- » hésion, et en même temps de ténuité, propre à pro- » duire la couleur bleue. C'est un effet analogue aux » anneaux colorés. »

M. André n'admet pas cette explication comme satisfaisante, et nous nous rangeons de son avis, parce que d'abord cette coloration opaline a lieu, non-seulement avec l'acide sulfurique, mais, quoiqu'à des degrés plus ou moins marqués, avec presque tous les autres acides; ensuite, parce qu'elle se manifeste au milieu d'une masse de liquide, plus que suffisante, pour dissoudre le sulfate basique lui-même qui se serait produit dans l'hypothèse ci-dessus, et enfin, parce que la solution aqueuse seule du sulfate basique de quinine, ainsi que l'annonce M. André, bien claire à la lumière ordinaire, présente également ce reflet opalin bleuâtre, lorsque, placée dans la lumière diffuse, elle reçoit un rayon solaire. « Comment » en outre, ajoute-t-il, l'acide sulfurique peut-il agir » dans la solution du sulfate de quinine? D'après les » idées reçues, l'acide doit amener le sel à l'état neutre, » puis à l'état de bisel, mais avec 0,1 de sous-sulfate » peu soluble, et 75 grains d'eau à + 15°, on obtient » une solution incolore, et l'acide sulfurique qu'on y » ajoute, qui ne devrait qu'augmenter la solubilité du » sel, si elle n'était déjà complète, paraît au contraire » la diminuer, puisque la teinte bleuâtre, qui alors se » manifeste, est bien certainement due (c'est toujours » M. André qui parle) à un précipité trop divisé pour » ne pas rester en suspension. » On sait néanmoins, que l'acide sulfurique facilite la solubilité du sulfate basique de quinine; car le bisulfate cristallisé est évidemment bien plus soluble; « enfin, comment expli- » quer ces effets en apparence si contradictoires, puis- » qu'ils résultent également de l'action sur l'alcaloïde » végétal d'autres acides qui ne sauraient altérer sa » composition. »

M. André a cherché à donner une explication de ces faits, en considérant la quinine, comme représentée dans les élémens, par une sorte de résinate d'ammoniaque. Il pense alors (voici ses expressions), « que les » premières affusions d'acide tendent à ne saturer qu'en » partie l'ammoniaque, et que la résine trouvant en- » core assez de cette base pour rester en dissolution, » la liqueur reste claire, c'est le cas du sous-sulfate. » Mais lorsque l'acide devient prédominant, c'est un » indice que toute l'ammoniaque se trouve engagée dans » une nouvelle combinaison, la résine abandonnée à » elle-même dans un très-grand état de division, reste » en suspension dans le liquide, et lui communique un » reflet bleuâtre. Dans cette solution, ainsi bleuie, » ajoute-t-on de l'ammoniaque en très-petite quantité

» à la fois, jusqu'à neutralisation, le liquide redevient » incolore, parce que la résine se trouve redissoute de » nouveau.

» Quant à démontrer, continue M. André, comment » l'acide sulfurique, ou tout autre acide, facilite la so- » lution du sulfate basique de quinine, rien n'est plus » facile. Les acides concentrés altèrent la composition » des résines, surtout par l'intervention du calorique; » ils les convertissent en tannin artificiel; mais, lors- » qu'ils sont étendus, ils les dissolvent sans altération. » Toutefois, comme on peut le remarquer pour les so- » lutions acides de quinine, la dissolution n'est pas » complète, les molécules sont simplement dans un » grand état d'écartement.

» Quelques corps avides d'hydrogène ou d'oxigène » et le chlore semblent dissoudre d'une manière plus » sensible ce résinate d'ammoniaque; mais il paraît » qu'alors la constitution de l'alcaloïde a subi des chan- » gemens plus ou moins notables, et qu'il éprouve une » véritable modification. »

Cette explication, tout ingénieuse qu'elle est, n'est pas, ce nous semble, tout-à-fait à l'abri d'objections, et M. André lui-même l'avoue quelques lignes plus bas, lorsqu'il dit: « Je suis loin de croire que mon opinion » soit à l'abri de toute objection; elle n'est pas même » nouvelle: mais mon but, dans ce mémoire, a été » moins de donner l'explication de faits difficiles à ré- » soudre que d'appeler sur eux l'attention de chimistes » plus exercés que moi. C'est un sujet qui mérite d'être » étudié de nouveau, et que je ne renonce pas à appro- » fondir plus tard. »

Nous ne voyons pas, en effet, dans l'explication donnée plus haut par M. André, pourquoi, si les acides et l'ammoniaque dissolvent assez facilement cette résine électro-négative, du genre de celles étudiées si bien par M. Unwerdorben, qui fait dans la quinine fonction d'acide, par rapport à l'ammoniaque ou à ses élémens, pourquoi, lorsque les proportions d'acide et d'ammoniaque prédominent assez fortement, il n'y a pas dissolution très-complète; en effet, ou la liqueur reste opaline et bleuâtre, ou il y a précipitation de flocons blancs agglomérés. De plus, si la quinine peut être assimilée à une sorte de sel à base d'ammoniaque, pourquoi, lorsqu'on la traite par les acides et par les oxides alcalins, ne se fait-il pas un sel ammoniaque ou un dégagement d'ammoniaque? Jusqu'à présent de telles productions n'ont pas été annoncées, du moins d'une manière tranchée, et les essais ont même semblé les faire éloigner. C'est à coup sûr une belle question de chimie organique à résoudre, et nous ne saurions trop engager M. André à poursuivre ses recherches sur cet intéressant sujet. La facilité avec laquelle on peut grouper les atomes hétérogènes et homogènes des matières organiques souvent si complexes, a donné depuis quelque temps les moyens d'expliquer et même de prévoir les réactions auxquelles on soumet certains composés de cette nature. La quinine, ainsi que tous les alcalis végétaux, étant formée d'un grand nombre d'atomes, doit se prêter facilement à des calculs problématiques variés, qui serviront de points de départs pour les expériences.

Ainsi, quand bien même la manière d'envisager la quinine, comme une espèce de *résinate d'ammoniaque*, serait éloignée de la vérité; quand bien même l'opinion de M. Dumas, qui consiste à la considérer, ainsi que les autres alcaloïdes organiques, comme des *amides basiques*, pourrait être révoquée en doute, puisque, jusqu'à présent, les alcalis végétaux n'offrent pas, avec les acides, les oxides alcalins, et l'eau les réactions des *amides;* toujours est-il que la composition de la quinine, et de toutes les bases organiques, doit avoir quelque chose qui se rapproche de ces hypothèses.

On est assez d'accord aujourd'hui sur la préexistence de ces composés dans la nature organique: on a bien reconnu que leur alcalinité ne dérive pas de la présence des oxides alcalins employés pour leur extraction; mais on peut penser qu'ils ont tous un radical commun, dont l'azote fait partie; ce radical est-il représenté par les élémens de l'ammoniaque, ou par ceux d'un amide; c'est là le point obscur. M. Liébig, dans ses beaux travaux, a fait voir que chaque atome d'alcali organique renferme le même nombre d'atomes d'azote; que, de plus, la loi de composition des sels de ces bases suit celle des sels ammoniacaux; et bien qu'il ne considère point le radical électropositif comme formé par l'ammoniaque, il doit néanmoins se trouver là de grands rapprochemens. C'est ce qu'il sera très-important et très-curieux de rechercher. Nous passons maintenant à d'autres points du travail de M. André.

DEUXIÈME QUESTION. — *De l'action du chlore sur la quinine.*

M. André, en faisant agir le chlore sur la quinine ou sur l'un de ses sels, a cru remarquer une altération particulière, que les autres alcalis végétaux ne lui ont pas offerte, et qui pourra servir à caractériser cette base organique. Il a vu la quinine prendre par suite de cette réaction des nuances tranchées et caractéristiques. Voici comment il s'exprime:

« Lorsque, dans une solution aqueuse de quinine ou » de sel de quinine, moins la combinaison de cette » base avec l'acide sulfureux, on verse un peu de chlore » liquide, la solution brunit légèrement; si elle était » avec excès d'acide, par conséquent à reflet bleuâtre, » ce reflet serait détruit. Le chlore s'empare d'abord » de l'ammoniaque unie à la résine de la quinine, en la » forçant à rester en suspension, faute d'un dissolvant; » le liquide bleuit faiblement; mais, en ajoutant un » excès de chlore, celui-ci dissout la résine suspendue, » et la coloration disparaît ou plutôt prend une nuance » jaunâtre. Ayant voulu précipiter par l'ammoniaque » faible la résine que je supposais avoir été altérée par » le chlore, j'obtins un précipité vert qui se dissolvit à » l'instant dans la masse du liquide et lui communiqua » une couleur vert émeraude magnifique. Si la solution » de quinine, ainsi traitée par le chlore, était un peu

» concentrée, on n'obtiendrait qu'un précipité d'un vert » plus ou moins terne ; quelquefois la quinine, en s'ag- » glomérant, vient surnager sous forme de petites mas- » ses analogues à de la cire verte, et qui se laissent, » comme elle, facilement pétrir avec les doigts.

» La liqueur vert émeraude contient un excès d'am- » moniaque : on peut la rendre neutre, en ajoutant, avec » infiniment de précaution, des quantités minimes d'a- » cide ; la solution devient alors *bleu céleste*. Si on » ajoute trop d'acide à la fois, la liqueur passe brus- » quement au violet, et même au rouge de feu. » Des liqueurs semblables n'ont conservé leurs teintes que quelques jours, et ont laissé, dit l'auteur, déposer des flocons.

Ces altérations sont très-importantes à étudier ; et il nous semble qu'en recueillant tous les produits, et les soumettant à des analyses élémentaires rigoureuses, on arrivera peut-être à connaître le véritable arrangement, d'après lequel sont groupés les atomes de la quinine, et par suite les alcalis végétaux du même genre.

M. André n'a pas étudié ces altérations de la quinine; il a vu, en outre, que les teintes vertes, bleues ou violettes ne se produisent pas de la même manière, quand on verse indistinctement l'ammoniaque avant le chlore, etc. Il ajoute que la cinchonine, la morphine, la strychnine et la brucine, ou bien leurs sels, ne lui ont présenté, avec le chlore, l'ammoniaque et l'acide, aucune coloration semblable. La cinchonine a formé une teinte brune, la morphine une couleur rouge de feu, et les deux autres alcaloïdes des précipités blancs.

L'expérience nous a démontré l'exactitude des résultats annoncés par M. André. Nous dirons seulement que, pour qu'ils réussissent, il faut agir dans des solutions d'alcaloïdes fort étendues, et n'ajouter que très-soigneusement l'ammoniaque, puis les acides, les uns et les autres très-alongés d'eau.

Avec la quinine. L'addition de l'ammoniaque, dans la liqueur chlorurée, donne une nuance d'un vert émeraude, qui disparaît par les acides, et reparaît bientôt à plusieurs reprises par de nouvelles affusions d'alcali ; la nuance bleue ne se manifeste qu'avec l'acide très-étendu, et mis goutte à goutte à l'aide d'une pipette.

Avec la cinchonine. La teinte que l'on obtient est d'un rouge un peu orangé, et en douze heures il se fait un précipité brunâtre.

Avec la morphine. En versant le chlore dans la solution étendue d'un sel de morphine, la liqueur devient, après quelques instans, d'un jaune légèrement orangé : l'ammoniaque a donné plus d'intensité à cette couleur, et l'addition ménagée d'un acide l'a seulement affaiblie, mais sans la changer.

Avec la narcotine. Cette base n'a donné presque aucune coloration par ce mode de réaction.

Avec la strychnine. La solution saline, additionnée de chlore, devient d'un blanc laiteux, l'ammoniaque y détermine une précipitation qui disparaît peu à peu, et le liquide reste ainsi laiteux par l'action d'un acide versé avec soin.

Avec la brucine. Cette base donne les mêmes résultats par ce moyen de traitement.

Ainsi, voilà pour les alcalis végétaux quelques nouveaux caractères de réaction à joindre à ceux déjà connus, et qui servent à distinguer ces substances entre elles, dans l'alcool ou l'éther, à part de leur cristallisation, de leurs propriétés physiques, de leur solubilité, de leur action sur l'économie animale, de leur volatilité ou de leur fixité, etc.

On peut donc rappeler ici diverses colorations que présentent plusieurs alcaloïdes, par exemple :

1° *La quinine*, dissoute à l'état salin, traitée par le chlore liquide, prend par l'ammoniaque, en léger excès, une belle teinte vert émeraude, qui vire au blanc ou au violet, si on sature peu à peu par un acide étendu ;

2° *La cinchonine*, dans les mêmes circonstances, prend une couleur rougeâtre un peu orangée ;

3° *La strychnine pure* devient d'un blanc laiteux sans changer d'aspect ;

4° *La morphine* prend, avec le muriate de peroxide de fer, une couleur bleue très-belle :

5° *La vératrine*, traitée par l'acide sulfurique ordinaire, devient d'un rouge violet très-beau ;

6° *La brucine*, traitée par le protochlorure d'étain, prend une teinte violette plus ou moins prononcée.

TROISIÈME QUESTION. — *Application des faits qui précèdent à l'essai des quinquinas.*

M. André, en se basant sur les propriétés que possède la quinine à l'état de dissolution de donner, d'une part, avec un léger excès d'acide, une teinte opaline à reflet bleuâtre sensible, d'après lui, à moins d'un 1/10,000 ; et, de l'autre, sur la réaction de couleur qu'opère le chlore et l'ammoniaque dans la même solution, propose d'appliquer ces faits à l'essai des quinquinas, et il considère ses résultats comme plus exacts que les moyens d'analyse proposés avant lui. En conséquence, il prend le produit d'une décoction acide de quinquina, refroidie et filtrée, puis laissée en contact avec du noir animal jusqu'à décoloration; quand la teinte rouge a été enlevée, *autant que possible*, il remarque à la surface du liquide clair une zone bleuâtre, qui se maintient, dit-il, jusqu'à ce qu'il reste 0gr.,00006 d'alcaloïde; il fait agir aussi le chlore et l'ammoniaque dans le décocté acide, et obtient des teintes vertes plus ou moins distinctes, nouvel indice de la présence de la quinine. Cette application ne nous semble pas aussi avantageuse que paraît le faire entendre son auteur. D'abord la teinte opaline bleuâtre que donnent les solutions de quinine n'est pas exclusive à cet alcaloïde, quoiqu'il possède au plus haut degré cette propriété ; des solutions de sulfate de morphine, de sulfate de cinchonine, de strychnine, etc., la présentent également, et nous ajouterons même que, dans des analyses organiques, quand cette teinte opaline se fait apercevoir, elle peut être la présomption de l'existence d'un alcali

végétal. Disons en outre que, dans la filtration du décocté acide de quinquina, et sa décoloration par le charbon animal, une grande partie de la quinine reste à la fois avec la matière colorante insoluble et avec le noir, de telle sorte que l'essai opéré sur le liquide clair ne donne plus qu'une évaluation *qualitative*, mais nullement *quantitative*. Comment d'ailleurs, sur l'intensité d'un reflet bleuâtre ou sur celle d'une teinte verte, serait-il possible d'établir les proportions de la substance qui les ont déterminées? Cela nous semble presque impossible; nous croyons que, dans cette circonstance, les applications de M. André n'ont pas été heureuses, et qu'il faudra en revenir, quant à présent, aux modes présentés avant lui.

QUATRIÈME QUESTION. — *Action de l'ammoniaque sur un mélange d'acide iodique et hydrochlorique.*

« Comme je cherchais à isoler la quinine altérée par » le contact du chlore et de l'ammoniaque, dit M. An- » dré à la fin de son mémoire, j'avais pensé au chlorure » d'iode liquide, déjà indiqué par Sérullas, pour séparer » les alcaloïdes de leurs dissolutions alcooliques; je m'i- » maginais que l'acide iodique, qui peut prendre nais- » sance dans le perchlorure liquide, pourrait se combi- » ner à la quinine altérée, pour former un iodate aussi » fort peu soluble, tandis que l'acide hydrochlorique, » développé en même temps, s'unirait à l'ammoniaque. » Dans cette persuasion, je versai de ce perchlorure » dans une solution de quinine additionnée de chlore » et d'ammoniaque; mais je fus fort étonné de n'obte- » nir qu'un dépôt brun-noir que l'examen me fit recon- » naître pour de l'*iodure d'azote* fulminant. » M. Sérullas a déjà proposé l'emploi du sous-chlorure d'iode et de l'ammoniaque pour préparer cet iodure, et l'on devait s'attendre à arriver à quelque chose de semblable avec le perchlorure, bien que l'iodure obtenu puisse être un peu différent dans sa composition. M. André a reconnu, en outre, qu'en traitant quelques cristaux d'acide iodique pur par de l'acide hydrochlorique, en versant, dans le liquide jaunâtre, un léger excès d'ammoniaque à 22°, on précipite également une certaine quantité d'*iodure d'azote*. Nous avons vérifié ce fait, qui est très-exact, et qui se manifeste aussi avec l'iodate de potasse.

Il resterait à examiner si la quinine, modifiée par le chlore, possède encore la propriété de donner avec l'acide iodique un sel acide insoluble, comme lorsqu'elle est encore intacte; c'est ce que M. André pourra rechercher en continuant son travail.

En résumant les principaux faits du mémoire de M. André, on peut dire qu'ils offrent de l'intérêt; que le travail est fait par un pharmacien instruit et versé dans la pratique des manipulations chimiques. Quoiqu'il puisse dans quelques points être sujet à des objections, il renferme, sur la composition des alcalis végétaux, des vues assez ingénieuses, et qui pourront mettre sur la voie pour arriver à la vérité; en conséquence, nous invitons la Société à remercier M. André de sa communication, en l'engageant à poursuivre ses recherches.

Considérations sur les produits de la distillation sèche des corps organiques; par J.-J. Berzélius. (Annalen der Physik und chemie, vol. XXXVI, pag. 1.)

A l'occasion des produits de la distillation sèche des acides tartrique et racemique, que nous avons déjà fait connaître dans le numéro de mai 1835 du Journal de Pharmacie, et sur lesquels nous ne reviendrons pas, M. Berzélius se livre à des considérations intéressantes sur les produits de la distillation sèche des matières organiques en général. Ses réflexions pourront servir de point de départ et de guide aux chimistes qui voudront s'adonner à ce genre de recherches.

Les produits de la distillation sèche des matières organiques, dit le savant Suédois, ont commencé dans ces derniers temps à devenir le sujet de recherches très-précises: telles sont celles de Faraday sur les différentes espèces d'hydrogène carboné que l'on obtient dans les établissemens de gaz, celles de MM. Bussy et Lecanu, sur les produits de la distillation des huiles grasses; telles sont encore les recherches si riches en découvertes de M. Reichenbach, sur les produits de la distillation du bois de hêtre, et celles de M. Pelouze, sur les produits de la distillation de l'acide gallique, du tannin et de l'acide malique. Toutefois, malgré les importantes découvertes contenues dans ces travaux, cette partie de la chimie est encore à sa naissance; c'est le commencement d'une branche particulière de la chimie qui peut s'étendre autant que la chimie organique, puisque chaque corps organique en particulier peut fournir une ou plusieurs combinaisons nouvelles qui lui soient propres, lorsqu'il est soumis à l'influence d'une température élevée sans le contact de l'air.

Mais ce n'est pas assez que chaque substance organique donne naissance à des corps particuliers, et que des mélanges de plusieurs de ces substances produisent des corps qu'elles ne sont pas capables de produire isolément; ces mêmes substances peuvent encore, dans des circonstances différentes, donner des produits différens de distillation: ainsi ces produits varieront suivant la différence de température, et suivant le mélange des corps inorganiques, tirés surtout de la classe des oxides.

Relativement à la *température*, elle donne naissance à des corps nouveaux dans beaucoup de combinaisons organiques avant qu'il ne commence à se former d'autre produit volatil que l'acide carbonique et de l'eau, et ces corps sont de nouveau détruits durant la distillation: l'acide citrique, par exemple, forme un acide non volatil et une substance extractive amère: ces deux corps sont détruits lorsque l'acide pyrocitrique distille. Les corps soumis à la distillation, se partagent, à une certaine température, en corps volatils qui se dégagent,

et en corps non volatils qui ne subissent pas d'altération à cette température : à un autre degré de chaleur, ceux-ci se partagent à leur tour en d'autres combinaisons volatiles et fixes, jusqu'à ce qu'enfin à la chaleur rouge il ne reste plus dans la cornue que des substances indestructibles, et que le récipient contienne un mélange de tous les produits des différentes températures, qui dans le cours de l'opération ont agi sur le corps soumis à la distillation. Ce mélange de beaucoup de substances, souvent tout à fait inconnues, rend leur examen difficile, parce qu'il n'est pas aisé d'isoler chacune d'elles.

Quant à *l'addition de différentes substances inorganiques*, elle occasionne une nouvelle complication dans les produits de la distillation. Jusqu'à ce jour on n'a étudié que l'action des oxides. Celle-ci varie d'abord suivant l'aptitude des oxides à retenir une plus ou moins grande partie de l'acide carbonique récemment formé. Les recherches de MM. Mitscherlich et Péligot, sur la distillation de l'acide benzoïque hydraté avec la chaux (distillation dans laquelle on obtient des produits différens suivans que la chaux peut retenir tout l'acide carbonique, ou seulement la moitié), montrent comme les produits varient par l'emploi d'une seule et même base dans des quantités inégales. Si nous ajoutons encore que l'emploi de benzoates anhydres avec des proportions inégales de chaux ou de toute autre base énergique anhydre donne vraisemblablement naissance à d'autres produits que ceux décrits par MM. Mitscherlich et Péligot, on voit une nouvelle complication dépendante de la présence ou de l'absence de l'eau. Les oxides irréductibles et incapables de retenir l'acide carbonique devraient être sans action, mais ils déterminent la formation de produits qui, en combinaison avec eux, sont fixes à une certaine température, mais sont décomposés à une autre plus élevée. Probablement plusieurs d'entre eux ne déterminent pas la formation de produits absolument identiques. Les oxides qui laissent dégager leur oxigène, donnent lieu à des produits différens suivant qu'ils l'abandonnent à une température plus ou moins élevée et d'une manière plus ou moins complète, et suivant la plus ou moins grande tendance du métal réduit à se combiner avec le carbone ou le cyanogène.

Les nouvelles combinaisons, qui se forment, lorsque le soufre remplace plus ou moins complétement l'oxigène, n'ont pas encore été l'objet de recherches. On les obtient en mêlant du soufre, des sulfobases ou des sulfacides (1) avec le corps organique destiné à la distillation, et il est facile de prévoir que la différence dans les proportions et dans la quantité du soufre, ainsi que les degrés d'affinité des sulfobases employées occasionneront dans les résultats une différence analogue à celle qu'occasionne l'emploi des oxides. Si l'on prend encore en considération l'influence qui peut être exercée par le sélénium, le tellure, le phosphore, l'arsenic, etc., ou par tout métal capable de se combiner avec l'oxigène ou le carbone durant la distillation, on voit de nouvelles sources de variation dans les produits. En un mot, ce champ peut être considéré comme inépuisable en sujets de nouvelles recherches.

Toutefois, nous devons nous en tenir encore à la formation des produits de distillation les plus simples et les moins compliqués ; car mieux nous connaîtrons ces derniers et mieux nous réussirons dans l'étude des produits plus composés.

Ce sont les excellentes recherches de M. Pelouze sur la distillation sèche de quelques acides végétaux qui m'ont engagé à reprendre un travail interrompu sur les produits de la distillation de l'acide racemique, et bien que ce chimiste distingué m'ait précédé dans cette carrière, j'espère que les épis que j'ai recueillis dans le champ qu'il a quitté ne seront pas sans prix.

A.-G. V.

(1) C'est-à-dire combinaison de soufre répondant aux oxacides.

Présence de l'acide hippurique dans l'urine diabétique, par le docteur C.-G. Lehmann, *à Leipsic.* (Journal für praktische chemie, vol. 6, cah. 3, pag. 113.)

Dans l'examen de plusieurs sortes d'urine diabétique l'attention de M. Lehmann se porta principalement sur la réaction acide de ce liquide déjà trouvée par quelques savans et niée par d'autres. En observant chaque jour pendant trois semaines l'urine d'un malade, il vit (comme il l'a remarqué aussi sur un autre malade) que l'urine diabétique récente ne rougit jamais le tournesol, mais que constamment la réaction acide ne s'établit qu'au bout de quelques heures, quelquefois au bout de trois, mais quelquefois aussi seulement au bout de vingt-quatre et trente-six. Pour apprendre à connaître la cause de ce changement, il chercha à déterminer d'une manière précise, si durant cette modification il y avait dégagement ou absorption d'un gaz. Il trouva alors, il est vrai, que le peu de gaz qui se dégageait de l'urine chauffée, troublait l'eau de chaux ; mais, malgré des expériences réitérées, il ne put, sans l'emploi de la chaleur, remarquer ni absorption ni exhalation de gaz : de plus, de l'urine récente, qui n'exerçait encore aucune action sur le tournesol, et dont on remplit un flacon de verre bien bouché, commença à rougir le tournesol au bout du même laps de temps qu'une autre quantité de la même urine qui avait été exposée au contact de l'air atmosphérique, et qui avait été fréquemment agitée pour faciliter l'accès de l'oxigène.

Quelle pouvait être la cause de cette réaction acide? Était-elle due à la formation d'acide lactique? Cette opinion paraissait assez vraisemblable : en effet, l'acide lactique, ainsi que l'on fait voir MM. Gay-Lussac et Pelouze, se produit dans la fermentation dite visqueuse des corps qui contiennent de l'amidon ou du sucre. Mais M. Lehmann ne put parvenir à isoler cet acide, ni par le procédé de M. Berzélius, ni par celui de M. Gay-Lus-

sac; il fit alors évaporer de l'urine déjà très-fortement acide à une très-douce chaleur, et traita le produit de l'évaporation, qui à l'air avait pris l'aspect d'une poudre blanche grenue, par de l'éther, jusqu'à ce que celui-ci ne laissât plus de résidu après son évaporation. Il obtint ainsi un liquide jaunâtre, qui au bout de vingt-quatre heures s'était transformé en une masse cristalline : il fit dissoudre cette dernière dans un peu d'eau bouillante, qui par le refroidissement laissa déposer des cristaux aiguillés tout à fait incolores: sur 100 parties d'urine il retira environ 0,025 parties de substance cristalline. Celle-ci, broyée avec de l'hydrate de chaux et chauffée, dégageait de l'ammoniaque : ce n'était donc pas de l'acide benzoïque ordinaire ; de plus, sa solution dans l'eau chaude laissait déposer par le refroidissement des aiguilles cristallines isolées, et non comme l'acide benzoïque, un réseau de cristaux microscopiques : M. Lehmann pensa, d'après l'examen de ses propriétés physiques et chimiques, que cette substance était de l'acide hippurique : pour mieux se convaincre de cette identité, il prépara de l'acide hippurique avec de l'urine de cheval, par le procédé de M. Liébig, et n'y découvrit pas de différence essentielle. Nous regrettons toutefois que l'auteur n'ait pas fait l'analyse élémentaire de l'acide hippurique de l'urine diabétique, pour la comparer à celle de l'acide hippurique retiré de l'urine des herbivores; il eût ainsi levé tous les doutes, au moins pour l'urine qu'il a examinée; car il resterait encore à décider si son observation doit s'étendre à tous les cas de diabète, ou se restreindre au cas particulier dont il a été témoin. Quoi qu'il en soit, ses expériences semblent confirmer les résultats déjà obtenus par quelques chimistes qui, contradictoirement à une opinion assez généralement adoptée, ont trouvé des substances azotées dans l'urine des diabétiques. A.-G. V.

Notice sur la préparation de l'acide hypochloreux, par MM. R. Brandes *et* W. Neddermann (Archiv der Pharmacie, vol. II, cah. 3, page 251).

(Traduit par M. Vallet.)

1° L'intérêt attaché à l'isolement de l'acide hypochloreux nous engagea à essayer de le préparer par le procédé de M. Balard, au moyen de l'action du chlore sur l'oxide rouge de mercure.

Sur environ 190 pouces cubes de chlore gazeux, renfermés dans plusieurs cylindres de verre bouchés, on fit réagir 240 grains d'oxide rouge de mercure porphyrisés et délayés dans environ 8 onces d'eau : l'oxide disparut en partie au bout de peu de temps, et en partie aussi il s'était formé une poudre noire : le chlore fut très-promptement absorbé dans cette opération, et à l'ouverture des cylindres l'air atmosphérique pénétra brusquement.

La liqueur surnageant la poudre noire en fut séparée par la décantation, puis versée dans une cornue et distillée en fractionnant les produits. On laissa dans la cornue le reste de la liqueur (quelques onces); il s'y était formé au bout de peu de temps de beaux cristaux de chloride de mercure (sublimé corrosif). On décanta la liqueur, et on obtint encore par l'évaporation de celle-ci une plus grande quantité de chloride de mercure. La poudre noire, formée d'oxidochloride de mercure, pesait 96 grains, et le sublimé obtenu 160 grains.

Les liqueurs retirées par la distillation se comportaient comme de l'acide hypochloreux. Les portions distillées en premier lieu contenaient la plus forte quantité de cet acide.

2° Nous fîmes ensuite agir sur environ 140 pouces cubes de chlore gazeux renfermés dans différens cylindres 540 grains d'oxide rouge de mercure porphyrisés et délayés dans 7 onces d'eau. On agita fréquemment pour mettre aussi bien que possible le mélange du liquide et de l'oxide en contact avec le gaz. Au bout de vingt-quatre heures la liqueur fut séparée par décantation de la poudre noire qui se trouvait au fond du verre, et qui présentait encore quelques parcelles rouges d'oxide : on avait par conséquent employé une quantité suffisante d'oxide rouge de mercure pour transformer le chlore en acide hypochloreux.

La liqueur séparée par le filtre de la poudre noire fut distillée, et le produit recueilli par fractions ; on obtint de cette manière 4 onces de solution d'acide hypochloreux. La liqueur qui se trouvait dans la cornue après la distillation ne donna par l'évaporation aucune trace de chloride de mercure. L'oxichloride qui s'était formé dans cette expérience pesait environ 550 grains ; il contenait encore, comme nous l'avons déjà remarqué, un peu d'oxide rouge de mercure à l'état de mélange. 100 parties en poids de chlore exigent donc, d'après ce qui précède, environ 430 parties en poids d'oxide rouge de mercure ; celui-ci se transforme alors en la combinaison noire ou en oxidochloride de mercure, avec un résidu d'oxide de mercure. Cette combinaison doit être formée, suivant M. Grouvelle, de 5 atomes d'oxide rouge de mercure et de 1 atome de chloride de ce métal. L'autre portion du chlore est transformée en acide hypochloreux par l'oxigène de l'atome d'oxide rouge de mercure qui s'est changé en chloride. Si l'on a employé la quantité d'oxide indiquée plus haut, ou bien une quantité plus considérable encore, il en reste une partie non combinée, et l'acide hypochloreux formé ne se combine pas avec elle; mais si on emploie moins d'oxide il reste du chloride de mercure en dissolution dans la liqueur.

3° L'acide hypochloreux obtenu était naturellement peu concentré ; la pesanteur spécifique des deux onces passées les premières à la distillation était de 1013, l'eau = 1000; aussi n'était-il pas jaunâtre mais incolore ; il avait une odeur particulière, pénétrante, piquante, semblable à celle du chlore. Il décolora instantanément *la teinture de tournesol, la solution d'indigo et la teinture de Fernambouc.* Ces décolorations eurent également lieu avec l'acide mélangé d'un excès d'eau de chaux. Il se comporta absolument alors comme la solution de chlorure de chaux pour la décoloration et pour l'odeur.

Il changea promptement l'*essence de girofle* en une masse résineuse brunâtre.

Il attaque aussitôt la *limaille de fer* pulvérisée et la transforma rapidement en tritoxide.

Il opéra la dissolution de l'*iode*, et il se forma un liquide incolore.

Il ne parut avoir aucune action sur l'*oxide rouge de mercure*.

Mais celle qu'il exerce sur l'acide oxalique est très-marquée. Il oxide ce dernier acide et le fait passer avec une vive effervescence à l'état d'acide carbonique. On fit arriver le gaz dégagé pendant cette réaction dans de l'eau de chaux, et il s'y produisit aussitôt du trouble. Cette réaction de l'acide hypochloreux sur l'acide oxalique est si marquée, qu'il peut fournir un bon réactif pour reconnaître la présence de l'acide oxalique et des oxalates. Il n'a pas d'action semblable sur les acides citrique et tartrique.

Il faut, dans la préparation de l'acide hypochoreux, éviter le plus possible une élévation de température; autrement cet acide ne se forme pas; mais, comme l'ont fait connaître les expériences de Chenevix, il se produit du chloride de mercure et du chlorate de mercure, lorsque l'on fait passer du chlore gazeux à travers de l'eau chauffée, qui contient de l'oxide rouge de mercure délayé.

Observations sur la réduction du deutoxide de mercure (précipité rouge) *par l'onguent brun. Lues à la Société de Pharmacie;* par M. Planche.

La dénomination d'onguent brun a été conservée par les pharmacopées les plus récentes, à un mélange de 24 parties d'onguent basilicum et d'une partie de précipité rouge. Le Codex ne lui a consacré aucune dénomination particulière; on y lit seulement à la suite de la formule de l'onguent basilicum qu'on peut augmenter l'activité de cette préparation en y ajoutant 1/16 de son poids de deutoxide de mercure. Cette formule est celle que j'ai constamment suivie depuis 1818 jusqu'au moment où j'ai cessé d'exercer la pharmacie, et c'est à elle que se rapporte l'observation que j'ai l'honneur de communiquer à la Société, observation qui remonte au mois de septembre 1823. En faisant à cette époque de l'année une revue générale de mon officine, je trouvai au fond d'une armoire adossée à un pilier de pierre exposé au midi, derrière le pot qui contenait ordinairement l'onguent brun destiné au service, un autre vase plus petit, à demi plein de la même composition, sur le couvercle duquel étaient inscrits ces mots : *préparé le* 12 *septembre* 1821. Ce vase dans lequel on pouvait avoir puisé deux ou trois fois, avait été ensuite oublié, et par conséquent exposé pendant deux années entières à l'influence de températures très-variées. Les moyennes *maximum* des températures observées au thermomètre centigrade, pendant les étés de 1822 et 1823, les seuls renseignemens que je puisse fournir à cette occasion, ont donné les nombres suivans :

En 1822 :
Juin + 28, 6/10
Juillet + 25, 3/10
Août + 25, 9/10
En 1823 :
Juin + 21, 6/10
Juillet + 23, 4/10
Août + 26, 7/10

Ces moyennes indiquent implicitement des températures diurnes plus élevées; ainsi, en juin 1822, le thermomètre s'est maintenu dans mon officine, pendant cinq jours consécutifs, entre 34° et 35°, et l'on conçoit que cette chaleur ait dû suffire pour amener et entretenir à l'état de demi-fusion un composé dont l'huile d'olive forme les 5/8, la colophane, la poix noire et la cire, les trois autres huitièmes.

Au premier coup d'œil, l'onguent ne me parut pas avoir subi d'altération bien remarquable; une portion d'huile fluide équivalant à 1/6 environ de celle employée s'en était séparée; une autre portion de la même huile presque desséchée adhérait aux parois du vase, où elle formait une sorte de vernis transparent, d'un jaune clair et légèrement visqueux; le reste de la masse un peu plus ferme que l'onguent récent en avait conservé la couleur et l'odeur.

Cette circonstance m'avait déterminé tout d'abord à décanter l'huile fluide et à la remplacer par une égale quantité d'huile nouvelle; un examen plus attentif me fit changer de résolution.

L'huile décantée répandait une légère odeur de poix, elle était plus colorée que l'huile d'olive, elle avait aussi plus de densité, elle se dissolvait dans l'alcool absolu en quantité très-notable, et lorsqu'on étendait cette dissolution de beaucoup d'eau, l'odeur de poix s'effaçait pour faire place à une odeur très-forte d'huile rance. Ce phénomène devint pour moi l'indice de quelque changement rétrograde dans l'état de l'oxide mercuriel; indice que les expériences suivantes sont venues confirmer. On fit agir à froid pendant douze heures de l'éther pur sur de l'onguent préalablement pisté et introduit dans un large tube fermé. La dissolution, comme on peut le penser, ne fut pas complète, bien qu'on l'eût agitée à plusieurs reprises. Chaque fois qu'après avoir remué le mélange on le laissait reposer, on voyait s'en précipiter une poudre grise pesante, puis une matière noire beaucoup plus légère qu'accompagnait une autre matière floconneuse d'un jaune pâle. L'éther surnageant ces dépôts en ayant été séparé, j'ai pu isoler chacune des trois matières en agitant le tout avec de nouvel éther, le transvasant dans une capsule, au fond de laquelle la poudre grise qu'il m'importait surtout d'examiner se réunit presque immédiatement.

Je dirai, pour n'en plus parler, que la matière noire m'a présenté les propriétés de la poix carbonisée par la chaleur, et la matière jaune floconneuse celles de la cire.

Je reviens à la poudre grise qui s'est précipitée la première; il m'a été très-facile de déterminer sa nature, car après l'évaporation de l'éther on y découvrait même, sans le secours de la loupe, une infinité de points brillans. Toute cette poudre, à l'exception d'un peu de matière noire de la poix qu'elle avait entraînée avec elle, s'est réunie en un seul globule de mercure, à l'aide d'un pinceau de blaireau légèrement humecté d'eau.

Dans le traitement de l'onguent par l'éther, j'ai évité l'emploi de la chaleur, afin qu'on ne pût lui imputer dans la réduction de l'oxide d'avoir favorisé la réaction actuelle, soit de l'huile, soit des matières résineuses.

Lorsque j'ai avancé dans le courant de cette note que la rancidité de l'huile m'avait fait pressentir une désoxidation plus ou moins avancée du mercure, je me suis fondé sur cette donnée, que l'huile d'olive ayant plus d'appétence pour l'oxigène que n'en ont les résines, telles que la colophane et la poix noire, qui sont privées ou à peu près d'huile essentielle, la réaction avait dû s'exercer de préférence entre l'huile et l'oxide; une autre considération est venue me fortifier dans cette manière de voir après l'examen de l'onguent, c'est que, dans l'huile d'olive, le chiffre de l'hydrogène est supérieur à celui du même principe dans les résines et dans la cire. Cette sorte de prédisposition du corps gras à réduire le deutoxide de mercure s'observe d'une manière encore plus tranchée sur une préparation de la Pharmacopée d'Édimbourg (l'onguent d'oxide rouge de mercure), où le deutoxide de mercure figure pour un et l'axonge pour huit.

Collyre du docteur Henderson, *contre l'amaurose.*

Prenez	Strychnine.	grains ij
	Acide acétique étendu.	ʒ j
	Eau distillée.	℥ j.

Quelques gouttes de ce collyre, mises en contact avec l'œil plusieurs fois par jour, dissipent assez facilement l'amaurose. J.-J. V.

ANNALES

DE

CHIMIE ET DE PHYSIQUE.

JANVIER 1836.

Mémoire sur la constitution des urines; lu à la Société de physique et d'histoire naturelle le 18 juin 1835, par A. Morin, pharmacien à Genève.

PREMIERE PARTIE.

J'ai été appelé depuis quelques années à faire l'analyse d'un assez grand nombre d'urines, les unes à l'état sain, les autres provenant de personnes malades. Les premières ont des caractères généraux que je me propose d'étudier avant de revenir sur les caractères accidentels qu'ont présenté les secondes.

Les observations qui font le sujet de ce mémoire sont relatives à l'état de l'urée dans les urines.

On sait que la préparation d'un nitrate bien décoloré facilite beaucoup l'extraction de l'urée et diminue le nombre de cristallisations nécessaires pour obtenir cette base pure. Le dernier procédé auquel je me suis arrêté consiste à traiter la solution de nitrate impur directement par le noir animal non privé de sels calcaires, avant de saturer par le sous-carbonate de potasse. L'addition de ce sel produit un abondant précipité de carbonate de chaux auquel on donne de la cohésion en chauffant la liqueur.

Dans cet état, elle s'en sépare très-bien. En la faisant évaporer, il ne se forme point d'écume et il ne se dégage point de gaz. Une fois en consistance sirupeuse, elle cristallise en masse par le refroidissement. En traitant le produit par un peu d'alcool à 40 degrés bouillant et laissant refroidir, on obtient immédiatement de longs prismes d'urée blancs, pour la purification desquels une nouvelle cristallisation est tout au plus nécessaire.

Avant d'employer ce moyen, j'en avais adopté un autre plus compliqué dont je ne fais mention qu'en raison des observations qu'il m'a fournies.

Je précipitais l'extrait d'urine par le sous-acétate de plomb en excès, séparais par l'hydrogène sulfuré ce qu'il y avait de trop de ce sel, évaporais de nouveau, redissolvais dans de l'alcool bouillant et traitais le produit de son évaporation par l'acide nitrique.

Le nitrate exprimé, lavé ensuite avec quelques gouttes d'alcool absolu, était parfaitement blanc. Il me servait à évaluer la quantité d'urée. Ce procédé avait l'avantage de fournir le sucre lorsque je traitais l'urine d'un diabétique.

Dans les cas ordinaires, je ne tardai pas à observer qu'en versant l'acide nitrique sur le produit de l'évaporation de l'alcool, la réaction n'avait pas lieu immédiatement, qu'elle ne commençait qu'après quelques instans de contact et en produisant une effervescence d'acide acétique qui continuait jusqu'à ce que tout le nitrate fût formé. Tout se passait comme si l'urée se trouvait à l'état d'acétate. Cette combinaison, si elle était réelle, devait provenir du traitement par l'acétate de plomb; mais elle était difficile à constater parce que les acétates de soude et de potasse qui s'étaient sans doute formés en même temps ne pouvaient en être séparés qu'avec beaucoup de peine.

En admettant qu'il se fût formé de l'acétate d'urée, ce sel devait être le résultat d'une double décomposition entre l'acétate de plomb et un sel d'urée; mais les acides minéraux de l'urine possédant seuls la propriété de précipiter le plomb, il devenait probable que l'urée était combinée avec l'un d'eux.

Mon attention se porta d'abord sur le chlore, en raison de son abondance et de ce qu'une des bases avec lesquelles il est ordinairement combiné, la soude, ne s'évalue que par différence.

Je traitai donc par de l'alcool absolu et par une seule ébullition de l'urine préalablement évaporée à l'état concret, afin d'avoir la combinaison d'urée autant que possible débarrassée des chlorures à bases fixes. J'obtins ainsi un liquide que l'évaporation amenait à cristalliser confusément. C'était *l'urée brute de Vauquelin et Fourcroy.*

Des quantités égales de cette matière furent, l'une redissoute dans beaucoup d'eau mêlée avec de l'acide nitrique et précipitée par le nitrate d'argent; l'autre complétement évaporée, le produit calciné, lessivé, et la liqueur précipitée par le nitrate d'argent avec grand excès d'acide nitrique.

Les chlorures d'argent obtenus dans ces deux cas, lavés et fondus, différaient beaucoup de poids. Craignant qu'une partie des sels ne fût restée enveloppée dans le charbon produit par la calcination, je refis ces expériences en y ajoutant du nitrate de potasse. La déflagration ayant eu lieu, je lessivai le produit, et après

avoir mêlée de l'acide nitrique à la liqueur, je précipitai par une solution de nitrate d'argent au cinquantième, composée de 1 de nitrate d'argent et de 50 d'eau.

En faisant usage des instrumens du chloromètre de M. Gay-Lussac, l'auteur ayant successivement appliqué ce procédé avec le plus grand succès aux parties les plus délicates de la chimie industrielle, je puis me dispenser de justifier l'exactitude du moyen analytique que j'ai employé. J'ajouterai seulement que j'ai adopté pour mes réactifs des solutions en quantités déterminées, et qu'en joignant la burette aux moyens ordinaires d'analyse, cela m'a procuré un précieux moyen de contrôle et une grande économie de temps.

Voici les résultats de ces expériences :

Première expérience faite avec de l'urée brute de Vauquelin et Fourcroy en dissolution concentrée :

1 pipette avant la calcination=206 degrés de nitrate d'argent au 1/50;

1 pipette après la calcination=126°;

Deuxième expérience faite avec la même matière en dissolution très-étendue;

1 pipette avant la calcination=22 degrés de nitrate d'argent au 1/50;

1 pipette après la calcination=14°, d'où l'on tire la proportion :

206 : 126 :: 220 : 134
au lieu de :: 220 : 140

Et ce qui donne pour 100 les rapports suivans :

	I.	II.	Moyenne.
Chlore combiné à l'urée.....	38,84	36,36	37,60
Chlore combiné aux bases fixes	61,16	63,64	62,40
	100	100	100

Me défiant de ces résultats, et pensant que l'alcool avait entraîné du muriate d'ammoniaque qui se volatilisait pendant la calcination, je versai du sulfate de cuivre dans une dissolution d'urée brute étendue, et j'y ajoutai de la potasse caustique. La couleur verte se maintint pendant deux jours sans le moindre dégagement d'ammoniaque. Une autre partie de ce liquide ayant été traitée de la même manière, j'y ajoutai quelques gouttes de solution étendue de muriate d'ammoniaque. A l'instant même la liqueur se colora en bleu, et l'odeur d'ammoniaque se manifesta.

Quoique la décomposition par le feu de l'urée brute de Vauquelin et Fourcroy fournisse du muriate d'ammoniaque, comme ces chimistes l'ont constamment observé, les expériences que j'ai rapportées prouvent que ce sel ne préexiste pas, mais résulte de l'action du feu sur le corps qu'ils ont considéré comme de l'urée. Elles prouvent en outre que pour une même quantité d'urée brute :

1° *La quantité de chlore chassée par la calcination est constante;*

2° *Les proportions de chlore combinées avec cette substance et avec les bases fixes sont constantes.*

Je m'occupai ensuite de rechercher dans quelles proportions le chlore et l'urée se trouvaient combinés. Pour cela je fis usage de la même urée brute qui avait servi à déterminer dans quelles proportions le chlore était réparti entre l'urée et les bases fixes.

2 grammes de cette substance furent dissous dans l'eau, mêlés avec de l'acide nitrique, et précipités par la solution de nitrate d'argent au 1/50. Quatre expériences concordantes indiquèrent 152°,88 comme quantité nécessaire pour cette précipitation; mais 10 degrés de la burette contenant 2 gr., 5 d'eau, 152°,88 représentent.

38 gr., 22 de liquide au 1/50,
et 0 gr., 764 de nitrate d'argent;
Ce qui correspond à 0 gr., 1585 de chlore.

Nous avons vu dans les expériences précédentes que la même urée était combinée avec $\frac{37,6}{100}$ du chlore total.

Il y avait donc 0gr., 059 de chlore combiné avec l'urée réelle de deux grammes de matière brute.

D'autre part, je déterminai la proportion d'urée réelle par le nitrate.

Première expérience :

2 grammes d'urée brute donnèrent 1 gr., 297 de nitrate.

Deuxième expérience :

2 grammes d'urée brute donnèrent 1 gr., 274 de nitrate.

Moyenne pour 2 gr.=1 gr.,2855 de nitrate,
=0 gr.,682 d'urée réelle.

En comparant ces résultats entre eux, et en admettant que dans le nitrate d'urée il y ait 2 at. de base pour 1 at. d'acide, composition sur laquelle je reviendrai plus loin, on trouve que le chlorure d'urée propre à l'urine est composé de

0,059 de chlore,
0,682 d'urée,

Nombres qui correspondent à
1 at. de chlore,
6 ,77 d'urée, l'atome d'urée étant 378,432.

Craignant d'avoir perdu dans les eaux mères et dans les eaux de lavage une partie importante des nitrates, j'évaporai la partie aqueuse de ces liquides. J'obtins une petite quantité de cristaux, ce qui porte le poids total des nitrates :

pour la première expérience à 1 gr.,440
pour la deuxième expérience à 1 gr.,378

Moyenne=1 gr.,409 de nitrate=0 gr.,749 d'urée; ce qui correspond à

1 at. de chlore,
7 ,36 d'urée,

Cette composition prouve :

1° *Que dans l'urine, l'urée n'est pas libre.*

2° *Qu'elle s'y trouve combinée avec du chlore ou de l'acide hydrochlorique dans la proportion de 6 à 8 atomes d'urée pour 1 atome de chlore.*

J'aurais pu m'arrêter là, mais la grande différence de composition entre le nitrate d'urée et le chlorure me donnait quelque doute sur l'existence de cette base elle-même dans l'urine. En effet le nitrate était formé:

de 1 atome d'acide et 2 at. de base;

le chlorure ou l'hydrochlorate,

de 1 atome d'acide et de 6 à 8 at. de base,

soit trois à quatre fois plus d'urée dans l'hydrochlorate que dans le nitrate.

L'emploi d'un corps doué d'une action aussi énergique que celle de l'acide nitrique, surtout envers les substances organiques, permettait de croire qu'il pouvait bien opérer sur les matériaux de l'urine de manière à produire la transformation de l'un d'eux en urée, puisque l'on observe tous les jours des transformations de matières organiques sous l'influence de corps donés d'une force décomposante infiniment moindre.

Cependant une forte objection à cette manière de voir se trouvait dans la variété des moyens indiqués pour obtenir l'urée. Il est vrai qu'elle était affaiblie par les recherches même que j'avais faites sur l'urée brute de Vauquelin et Fourcroy et par la pensée que les chimistes qui avaient obtenu de l'urée par d'autres moyens, pouvaient aussi avoir pris pour ce corps des sels du radical de l'urée; ou bien encore que l'acide nitrique n'était peut-être pas le seul corps capable d'opérer la transformation que je soupçonnais.

Pour lever mes doutes, j'essayai de faire agir sur l'urine un corps qui fût capable d'en séparer l'urée ou son radical, et dont l'action sur les matières organiques fût tout autre que celle de l'acide nitrique.

L'acide oxalique, indiqué comme produisant avec l'urée une cristallisation instantanée à la manière de l'acide nitrique, me parut propre à remplir mon but. L'important était d'obtenir de l'oxalate d'urée ou de son radical par l'action directe de l'acide sur l'urine et sans mélange de substances étrangères organiques. Ayant rencontré quelques difficultés pour atteindre ce résultat, j'entrerai dans quelques détails sur ce sujet.

De l'urine évaporée jusqu'à ce qu'elle se prît en masse par le refroidissement, fut traitée trois fois par de l'alcool absolu et froid.

La première liqueur était beaucoup plus foncée en couleur que la seconde, celle-ci plus que la troisième; chacune d'elles prise à part était transparente, mais en les mêlant elles se troublèrent fortement. Je filtrai et j'ajoutai de l'alcool à 40 degrés, qui les troubla de nouveau. Je continuai les additions d'alcool jusqu'au point où il cessait de troubler la liqueur filtrée; après cette opération le liquide était d'un jaune très-clair. Il fournit par l'évaporation une matière qui ne cristallisa pas, mais resta gommeuse et gluante, quoique presque dure. Elle était très-transparente, fort peu colorée, et donnait instantanément par le mélange d'acide nitrique, un nitrate d'urée presque incolore.

La matière assez abondante que l'alcool avait précipitée, était noire, d'un aspect poisseux comme du goudron liquide. Elle était insoluble dans l'eau froide. L'alcool bouillant en dissolvait un peu, mais elle se séparait par le refroidissement. Cette matière, dont je ne m'occuperai pas davantage dans ce mémoire, mérite cependant un examen spécial.

Pour préparer l'oxalate, j'employai le liquide peu concentré séparé de la matière poisseuse dans laquelle je versai en grand excès une dissolution aqueuse saturée d'acide oxalique. J'obtins immédiatement un précipité cristallin d'un blanc légèrement jaunâtre, que je séparai. Des évaporations successives me fournirent d'autres cristallisations qui devinrent toujours plus colorées en rouge brun.

Pour purifier ces oxalates colorés, je les triturai avec un peu d'eau et je chauffai. Au 50° tout fut dissous. En laissant refroidir à 46°, la matière colorante brune se sépara sous forme cristalline. A 29° la liqueur reposée était jaune; à 25° elle avait presque entièrement cristallisé. Le sel était imprégné de couleur jaune.

Ayant voulu soumettre ce sel jaunâtre à une nouvelle cristallisation pour le purifier, je le vis se transformer presqu'entièrement en matière brune, mêlée de quelques cristaux très-blancs, rhomboédriques. Le même phénomène se passa avec une partie du premier dépôt cristallin, que j'avais traitée par le noir animal pour la décolorer.

Voyant que mes tentatives pour décolorer ce sel étaient infructueuses, et que d'ailleurs sa nuance jaune était extrêmement faible, je pris le parti de le soumettre à l'analyse élémentaire, après l'avoir chauffé à 100° dans un courant d'air sec. Mais les résultats que j'obtins, quoique d'accord entre eux, avaient peu de rapports avec la composition d'un oxalate d'urée.

Je tentai de nouveau de préparer un oxalate parfaitement blanc. Je réussis en mêlant au liquide alcoolique séparé de la matière poisseuse, la moitié de son poids de noir animal en grains, et en secouant le tout pendant deux ou trois heures. Au bout de ce temps, le liquide filtré n'était plus coloré que par une teinte verdâtre due peut-être au charbon, et tellement légère, que pour une épaisseur de 5 centimètres de liquide, elle égalait à peine celle d'un verre vert très-clair d'un demi-millimètre d'épaisseur. Ce liquide ne formait aucun précipité avec les carbonates alcalins. Il ne contenait donc point de sels calcaires.

D'autre part, je préparai une dissolution d'une partie d'acide oxalique dans deux d'eau, et j'y ajoutai une partie d'alcool absolu.

Je mêlai des volumes égaux des deux liquides. Il se déposa en abondance une poudre grossière très-blanche composée de petits cristaux rhomboédriques. Cet oxalate fut lavé avec un peu d'alcool.

L'évaporation des eaux mères donna encore un peu de sel blanc. Le reste devint toujours plus coloré.

L'oxalate blanc se dissolvait assez facilement dans l'eau froide. Ce liquide soumis à l'ébullition et évaporé ne se colorait pas du tout. Par le refroidissement il donnait d'assez gros cristaux rhomboédriques. De l'acide nitrique ajouté au liquide bouillant, non-seulement ne donnait point lieu à la formation de nitrate d'urée, mais ne changeait pas la forme des cristaux.

Je pris 19 gr, 95 d'oxalate précipité et séché à l'air. J'exposai pendant quelques heures ce sel à une chaleur du 100° et à l'action d'un courant d'air sec, jusqu'à ce que le poids ne diminuât plus.

Le sel s'était effleuri et son poids s'était réduit à 17gr.75. Il s'était évaporé 2gr.2 d'eau pendant cette évaporation.

Je soumis alors l'oxalate effleuri à l'analyse élémentaire. La recherche de l'hydrogène et du carbone fut faite avec l'appareil de M. Liebig, en prenant la précaution de n'introduire dans le tube après la combustion que l'air sec. J'obtins les résultats suivans :

	Eau.	Acide carbon.	Total.
1re exp. 1 gr. d'oxalate	0,268	0,735	1,003
2e exp. 1 »	0,264	0.743	1,007
3e exp. 1 »	0,269	0,741	1,010

Pour déterminer la proportion d'azote, je fis usage de la décomposition d'un carbonate, comme M. Ossian Henry et M. Dumas l'ont conseillé, et je choisis le carbonate de plomb.

Voici les résultats de ces expériences :

4e expér. 0gr,4 d'oxalate ont fourni 22,6 centim. cub. d'azote à 8°,75 centig. et 73c, 1 barom.

Ce qui correspond,

pour 1 gr. d'oxal. à 56cc,5 à 8°,75 T, et 73c, 1 B.=52cc,61 à 0° et 76c B.

5e exp. 1 gr. » =57cc,5 à 13°,75 T, et 73c,7 B.=53cc,037 à 0° et 76c B.

Le premier des volumes = 0,0667 d'azote,
Le second. . . . . = 0,0672 »

La moyenne pour 1 gr. d'oxalate = 0,0669 d'azote. quantité qui ne diffère pas des extrêmes de 1/200.

La composition d'un gramme de matière est d'après ces données, la suivante :

Azote.	0,06694
Hydrogène.	0,02961
Carbone.	0,20460
Oxigène par différence.	0,69885
	1,00000

La parfaite concordance que présentaient les résultats des analyses élémentaires ne me laissant aucun doute sur leur exactitude, je recherchai la quantité d'acide oxalique contenue dans le sel.

Je précipitai la dissolution aqueuse d'un poids d'oxalate effleuri par un excès de muriate de chaux. La liqueur qui surnageait, quoique acide, ne donnait pas de précipité en la saturant par l'ammoniaque. Il n'y restait donc pas d'acide oxalique. Il se trouvait en entier dans le dépôt. Ce dernier fut lavé, parfaitement séché, puis calciné au rouge blanc. Le produit de la calcination était pulvérulent. Il avait la saveur de la chaux vive et ne faisait pas du tout effervescence avec les acides.

Deux expériences donnèrent les résultats suivans :

Première expérience,
Pour 0 gr., 4 d'oxalate. 0,185 d'oxide de calcium.
Deuxième expérience,
Pour 0,4 d'oxalate. . 0,179 d'oxide de calcium.
La moy. pour 1 gr. d'oxalate=0,4547 de chaux vive,
=0,604 d'ac. oxaliq. anhyd.

Cette quantité d'acide oxalique résulte de la combinaison de 0 gr..20375 de carbone,
et de 0 40025 d'oxigène.

Les nombres atomistiques correspondans sont pour l'oxalate (le poids de l'atome du carbone étant 76,437) :

Azote.	7at,55
Hydrogène.	47 ,59
Carbone.	26 ,76
Oxigène par différence.	69 ,885

Pour l'acide oxalique 13at.,33 formés par la réunion de :

Carbone.	26at,65
Oxigène.	40 ,025

En retranchant les nombres atomistiques qui concernent l'acide oxalique de ceux fournis par l'analyse élémentaire, on obtient:

Azote	»	»	7,55
Hydrogène.	»	»	47,39
Carbone.	26,75	26,65	0,10
Oxigène.	69,885	40,025	29,86

Le seul point évident qui ressorte de l'inspection de ces nombres, est que le carbone se trouve tout entier dans l'acide oxalique. Mais cet acide, l'azote, l'hydrogène et l'oxigène, n'étant pas en rapports simples, je soupçonnai que le corps analysé renfermait une substance étrangère à l'oxalate. Pour la rechercher, j'exposai à l'action du feu dans une capsule de platine 0,3 de matière. Une partie se volatilisa, le reste fondit et noircit légèrement. Cette nuance disparut ensuite, et j'obtins par refroidissement 0,056 de substance vitreuse. Cette matière était déliquescente, elle avait une saveur alcaline, se dissolvait entièrement dans l'eau à froid, précipitait le muriate de platine et de soude, et faisait une vive effervescence avec les acides. C'était du *sous-carbonate de potasse* provenant probablement de la décomposition d'oxalate de cette base.

Le poids que j'avais obtenu donnait pour 1 gramme de matière :

0,1866 de sous-carbonate de potasse,
ou 0,1268 d'oxide de potassium.

La découverte de ce dernier corps dans l'oxalate modifie les résultats précédens, en diminuant de son poids celui de l'oxigène qui n'avait été évalué que par différence. On a, au lieu de 0,69885 d'oxigène, les deux quantités suivantes pour un gramme de matière :

Oxide de potassium.	0gr.,1268
Oxigène.	0gr.,69885—0gr.,1268=0gr.,57205

Les nombres atomistiques correspondans sont :

pour l'oxide de potassium.	2,11
pour l'oxigène.	57,205

Retranchant de ce dernier ce qui appartient à l'acide oxalique, 40,025, il reste pour l'oxigène indépendant de cet acide 17,18.

La composition définitive d'un gramme de matière est donc :

		En nombres atomist.
$\dot{K}$ oxide de potassium.	0,12680	2,11
Az azote.	0,06694	7,55
H hydrogène.	0,02961	47,39
C carbone.	0,20460	26,57
O oxigène.	0,57205	57,205
	1;00000	

Déduisant des nombres atomistiques précédens ceux qui représentent les élémens des 13at.,33 d'acide oxalique, il reste

$\dot{K}$	2,11
Az	7,55
H	47,59
C	26,75 —26,65 = 0,10
O	57,205—40,025=17,18

Mais si l'on observe que le nombre 7,55, qui représente l'azote, entre

6 fois dans celui de l'hydrogène.		45,30
2 »	de l'oxigène.	15,10
1 1/2 »	de l'acide oxalique.	11,325

après avoir déduit des données de l'analyse les élémens de l'acide oxalique, si l'on en retranche encore l'azote et ses multiples, et qu'on déduise aussi de l'acide oxalique le nombre qui correspond à une fois et demi celui de l'azote, on a :

		Atomes.
$\dot{K}$.		2,11
H.	47,39 — 45,30	= 2,09
O.	17,18 — 15,10	= 2,08
C.		0,10
$\underline{\dddot{C}}$ acide oxalique. . .	13,33 — 11,325	= 2,005

Or, en supposant dans l'oxide de potassium un léger excès de 0at.,022 et le transformant en hydrogène, cela porte le nombre atomistique de ce corps à 4,17, et en négligeant la quantité insignifiante de 0,1 de carbone en excès, ou en la reportant sur l'acide oxalique, on a pour représenter ces nombres la formule :

$$2\,\dot{K} + 2\,\dot{H} + 2\,\underline{\dddot{C}} \text{ ou mieux } \dot{K}\,\dot{H}\,\underline{\dddot{C}}$$

C'est donc de l'oxalate de potasse contenant 1 at. d'eau pour 1 at. d'oxalate anhydre, composition symétrique avec celle des oxalates hydratés de soude, de chaux, de baryte, et avec celle de l'oxalate d'ammoniaque effleuri.

D'autre part, les nombres proportionnels qui correspondent à l'azote, à l'hydrogène, à l'oxigène et à l'acide oxalique donnent la formule :

$$1\,Az + 6\,H + 2\,O + 1\,1/2\,\underline{\dddot{C}},$$

dont le double plus comparable avec les formules de l'urée est :

$$2\,Az + 12\,H + 4\,O + 3\,\underline{\dddot{C}}.$$

Deux motifs me portent à croire que la dernière de ces formules n'a qu'une liaison accidentelle avec celle de l'oxalate de potasse. Le premier c'est qu'elles ne sont pas en rapport simple; en effet, elles sont entre elles ::3,552 : 1. Le second, c'est que d'autres oxalates calcinés ont fourni des résidus qui variaient de proportion pour chacun d'eux.

Laissant de côté ce qui concerne l'oxalate de potasse, je reviens à la dernière formule. Elle peut se transformer en :

$$(2\,Az\,4\,H) + (8\,H\,4\,O) + 3\,\underline{\dddot{C}}.$$

1 at.	d'azoture d'hydrogène.	2 *Az* 4 *H*,
4	d'eau.	8 *H* 4 *O*,
3	d'acide oxalique. . . .	3 $\underline{\dddot{C}}$.

Désignant provisoirement par le mot *urile* l'azoture d'hydrogène, on voit que le tout peut être considéré comme un trioxalate d'urile avec 4 atomes d'eau.

J'ai fait remarquer précédemment que 19gr.,95 du sel séché à l'air avaient perdu en s'effleurissant 2,2 d'eau, ce qu'on peut représenter dans le sens inverse en disant que 1 gramme de sel effleuri prend 0,124 d'eau pour passer à l'état de sel hydraté.

Mais j'ai reconnu que 1 gr. de sel effleuri contient

0,295 d'oxalate de potasse,
et 0,705 d'oxalate d'urile.

Les 4 atomes d'eau contenus dans ces 0,705 d'oxalate d'urile pèsent. . . . , . . 0,157
dont les trois quarts font. 0,118

Ce dernier nombre étant à 0,006 près, le même que celui qui représente l'eau nécessaire pour convertir l'oxalate effleuri en sel hydraté, on en peut conclure que des 4 atomes d'eau

3 appartiennent à l'acide oxalique,
et 1 à l'urile;

qu'en s'effleurissant l'acide oxalique perd la moitié de son eau de cristallisation.

La formule de l'oxalate hydraté sera donc
(1 at. urile+1 at. eau)+3 at. acide oxalique + 6 at. eau) ;

$$(Ur\,\dot{H}) + (3\,\dddot{C}\,6\,\dot{H})\,;$$

celle de l'oxalate effleuri sera
(1 at. urile + 1 at. eau)+(3 at. acide oxalique+3 at. eau),

$$Ur\,\dot{H} + 3\,\dddot{C}\,3\,\dot{H}.$$

L'azoture d'hydrogène qui se trouve dans l'oxalate que j'ai examiné est évidemment le même dont M. Dumas a soupçonné l'existence, et auquel il attribue un rôle dans l'urée et dans l'oxamide comme combiné avec de l'oxide de carbone. Sous ce rapport, les vues théoriques de M. Dumas se trouvent confirmées par les expériences que j'ai décrites ; mais le mot amide par lequel il a désigné cet azoture d'hydrogène se rapporte à une théorie qui ne peut pas s'appliquer au cas particulier dont je m'occupe. En effet, dans cette théorie, l'azoture est considéré comme un corps analogue au chlore, comme électro-négatif relativement à l'oxide de carbone. Dans l'oxalate, il joue au contraire le rôle de base à la manière de l'ammoniaque. Ne pouvant donc, dans ce cas, le désigner par l'expression *amide*, j'ai été forcé d'en adopter une autre pour l'azoture d'hydrogène composé de

$$2\,Az\,4\,H.$$

J'ai choisi le mot *urile*, qui a l'avantage, outre sa brièveté, de rappeler que ce corps est le radical de l'urée et s'extrait de l'urine.

Il résulte de cette seconde série d'expériences :

1° *Qu'en faisant agir l'acide oxalique sur l'urine, on obtient un sel qui n'a pas pour base de l'urée, mais un corps composé de 2 atomes d'azote et 4 atomes d'hydrogène.*

2° *Que ce corps, auquel j'ai donné le nom d'urile, peut être considéré comme le radical de l'urée.*

SECONDE PARTIE.

Les expériences présentées dans la première partie de ce mémoire laissaient une question indécise, savoir : *si dans l'urine le chlore indépendant des chlorures de potassium et de sodium était combiné avec de l'urée ou bien avec son radical.*

Quoiqu'au premier coup d'œil elle parût résolue par l'action de l'acide oxalique, il pouvait se faire que cet acide eût pour l'urée une affinité moindre que pour l'urile, et qu'il eût la faculté d'extraire ce dernier corps du premier.

Afin d'éclaircir ce sujet, j'eus recours à l'action directe de l'acide oxalique sur l'urée. Je l'employai dissous, comme je l'avais fait précédemment, et je le versai dans une solution concentrée d'urée. L'addition de fort peu d'acide détermina d'abord un dépôt grenu cristallin. La liqueur était devenue très-acide. Je continuai les additions ; il se forma de nouveau un abondant précipité cristallin. Je ne cessai que lorsqu'elles ne déterminèrent plus de dépôt. Pendant cette opération, il ne s'était dégagé aucun gaz. Le sel recueilli sur un entonnoir fut lavé avec de l'alcool et séché.

Il avait dans cet état une grande ressemblance avec l'oxalate d'urile. Comme lui, il était acide ; mais en le redissolvant dans de l'eau, il fournissait par l'évaporation d'assez gros cristaux formés de tables rectangulaires, alongées, superposées irrégulièrement de manière à former un solide inégal sur toutes ses faces. Aucun de ces cristaux n'avait la forme rhomboédrique que prend l'oxalate d'urile lorsqu'il se sépare d'une dissolution aqueuse.

Les deux sels exposés comparativement à l'action de la chaleur dans des vases clos munis d'un appareil propre à recevoir les gaz, se comportaient à peu près de la même manière ; ils fondaient, noircissaient un peu, fournissaient d'abord de l'eau et des gaz, puis des vapeurs opaques blanches, qui se déposaient sous forme de poussière dans la partie supérieure du vase. A un certain point de l'opération, le dégagement de gaz cessait, quoique de la matière blanche continuât à se sublimer. — L'oxalate obtenu avec l'urée fournissait beaucoup moins de gaz que l'autre. Le gaz provenant des deux sels avait une odeur amoniacale ; cependant l'eau ne les dissolvait pas sensiblement.

La matière sublimée ayant été recueillie je voulus la priver de l'eau dont elle était imprégnée en la chauffant légèrement. Mais il me fut impossible de la sécher de cette manière parce qu'elle se volatilisait à peu près à la même température que l'eau.

Elle exigeait beaucoup d'eau pour se dissoudre et quelques minutes d'ébullition. Par le refroidissement, elle cristallisait en petites houppes confuses. Elle n'avait ni saveur ni odeur, et ne précipitait pas le muriate de chaux. La potasse caustique fondue produisait avec cette substance de l'acide oxalique en dégageant de l'ammoniaque. *C'était de l'oxamide.*

J'essayai ensuite d'extraire de ces oxalates la base ou les bases avec lesquelles l'acide était combiné.

J'employai 0,5 de l'oxalate d'urile effleuri qui m'avait servi pour les analyses élémentaires, je le fis dissoudre dans de l'eau, et j'y ajoutai de la chaux carbonatée par petites portions. D'abord une effervescence un peu vive se manifesta. Elle s'arrêta aussitôt, puis pendant longtemps de grosses bulles se détachèrent du fond du vase, sans que la liqueur cessât d'être acide quoiqu'il y eût du carbonate de chaux en grand excès, ce que l'action de tout autre acide rendait évident. Je ne saurais mieux comparer ce dégagement des bulles qu'à celui de l'oxigène dans une solution de chlorure de chaux. Après quelques minutes, il s'arrêta. J'ajoutai une nouvelle quantité de carbonate de chaux ; même effet eut lieu. Je procédai ainsi jusqu'à ce que la saturation fût complète, ce qui

exigea une demi-heure. Passé ce terme la liqueur devint alcaline, ce qui pouvait tenir à la transformation de l'oxalate de potasse, mêlé avec celui d'urile, en sous-carbonate de potasse, ou à la formation d'ammoniaque aux dépens de l'urile.

Alors je filtrai, lavai pendant longtemps le dépôt avec de l'alcool. J'évaporai les liquides réunis après avoir neutralisé par quelques gouttes d'acide muriatique le carbonate de potasse et l'ammoniaque s'il y en avait; le liquide se maintint neutre jusqu'à la fin de l'évaporation, et produisit un résidu salin pesant 0,1; cette matière, redissoute dans quelques gouttes d'eau, ne cristallisait par le mélange avec l'acide nitrique qu'après quelques momens. Ces cristaux se composaient de lames plantées les unes sur les autres, à angle droit, et disposées comme les barbes d'une plume. C'était du muriate de potasse mêlé peut-être avec un peu de muriate d'ammoniaque dont le sel rappelait la saveur.

D'autre part, 0,5 d'oxalate obtenu avec l'urée furent soumis au même traitement. La décomposition par le carbonate de chaux s'opéra dans quelques momens, sans les intermittences observées pendant celle de l'oxalate d'urile. Le dépôt ayant été lavé avec de l'alcool, les liquides réunis produisirent par leur évaporation une matière sirupeuse qui cristallisa entièrement par le refroidissement sous forme de longues aiguilles soyeuses. Cette masse cristalline brisée paraissait sèche. Elle pesait 0gr,315. Quelques gouttes d'eau la ramenèrent à l'état liquide. Elle fut transformée instantanément en nitrate d'urée parfaitement blanc, et sans dégagement de gaz, par le mélange d'acide nitrique. Ce sel, exprimé, lavé avec quelques gouttes d'alcool absolu, et séché à 100° C. pesait 0,451.

Une autre partie d'oxalate d'urée, pesant 0,2, fut dissoute et précipitée par du muriate de chaux. Le dépôt fut lavé, séché imparfaitement et calciné au rouge blanc. Le produit de la calcination pesait 0,067.

Au lieu d'être friable sous le doigt, d'avoir une saveur alcaline comme la chaux vive, il était en morceaux durs et se dissolvait lentement dans l'acide muriatique en faisant effervescence jusqu'à ce que la dissolution fût achevée; c'était du carbonate de chaux.

J'aurais pu être surpris des différences qu'avait présentées la calcination des oxalates de chaux obtenus avec l'oxalate d'urile et avec celui d'urée, si je n'avais en fréquemment l'occasion d'observer que le carbonate de chaux humide, calciné brusquement, reste en morceaux durs et ne perd pas son acide carbonique, complétement du moins, par une chaleur soutenue qui convertit facilement en chaux vive très-friable un carbonate bien séché.

L'analyse de l'oxalate d'urée donne les résultats suivans :

pour 0gr.5 de ce sel 0,451 de nitrate d'urée.
pour 0 ,2 0,067 de carbonate de chaux;
ce qui fait pour 1 gramme d'oxalate :

0,902 de nitrate d'urée..... = 0.4786 d'urée.
0,335 de carbonate de chaux = 0,237 d'ac. oxaliq. sec,
eau évaluée par différence — 0,2824

1,0000

ces poids correspondent à

2 at. d'urée,
0,84 d'acide oxalique sec,
3,98 d'eau.

En supposant qu'une partie du carbonate de chaux obtenu par la calcination de l'oxalate ait passé à l'état de chaux vive pendant cette opération, et en complétant 1 atome d'acide oxalique aux dépens de l'eau qui n'a été estimée que par différence, on obtient :

2 at. d'urée,
1 d'acide oxalique sec,
3,30 d'eau.

Répartissant le léger excédant d'eau entre les trois corps qui constituent l'oxalate d'urée, on a pour la formule de ce sel :

$$2\,(2\,Az\,4\,H\,C\,O) + \dddot{C} + 3\,\dot{H},$$

en représentant l'atome d'urée par 2 *Az* 4 *H C O*, ce qui fait en poids :

Urée.	48,91
Acide oxalique anhydre.	29,28
Eau.	21,81
	100,00

En recherchant la quantité d'urée que contenait l'oxalate, j'ai obtenu d'abord pour 0gr. ,5 du sel :

0,315 d'urée cristallisée,

ce qui fait pour 1 gr. 0,630 » »

mais cette même quantité calculée après sa conversion en nitrate s'est trouvée réduite à 0,4786; l'urée cristallisée retenait donc de l'eau dont le poids était :

0,630 — 0,4786 = 0,1514.

Ces nombres correspondent à :

2 at. d'urée anhydre,
2,14 d'eau.

On voit que l'urée peut s'hydrater.

En admettant pour sa formule exacte dans cet état :

$$2\,(2\,Az\,4\,H\,C\,O) + 2\,\dot{H}.$$

on trouve pour sa composition élémentaire :

		En cent.
4 *Az*.	354,072	36,03
2 *C*.	152,875	15,55
12 *H*.	75,5256	7,68
4 *O*.	400,000	40,74
2 at. =	987,473	100,00

Ces proportions se rapprochent assez des analyses de l'urée faite par Vauquelin et Fourcroy d'une part, et par le docteur Ure de l'autre, pour qu'on puisse croire qu'ils ont opéré sur l'urée hydratée.

On voit en outre que 1 at. d'acide oxalique en se combinant avec 2 at. d'urée retient les 2 at. d'eau qui peuvent hydrater cette base, et se combine lui-même avec 1 at. d'eau. Il y a sous ce rapport une certaine analogie avec ce qui se passe dans la formation de l'oxalate d'urile.

Il résulte donc de l'examen comparatif des deux oxalates :

Que ces sels ont une saveur acide;

Qu'ils produisent tous deux de l'oxamide lorsqu'on les soumet à l'action du feu en vase clos;

Que leurs cristaux ont des formes primitives différentes;

Que l'oxalate d'urée dissous dans l'eau cède bien au carbonate de chaux son acide oxalique, quoique très-lentement, mais que la base disparaît pendant la décomposition du sel;

Que l'oxalate d'urée dissous dans l'eau éprouve le même genre de décomposition, mais avec rapidité; et que l'urée séparée de l'acide oxalique se retrouve toute entière dans la liqueur, de laquelle on l'extrait avec facilité; que l'urée enfin a la propriété de former un hydrate en proportions déterminées.

Ces caractères distinctifs prouvent que l'acide oxalique se combine avec l'urée sans la transformer en urile; et que les oxalates de ces deux bases doivent être considérés comme deux sels parfaitement distincts.

De ces résultats on peut conclure :

1° *Que l'urine ne contient pas d'urée, mais de l'urile;*

2° *Que l'urile se trouve dans l'urine combiné avec du chlore ou de l'acide hydrochlorique dans le rapport de 6 à 8 atomes d'urile pour un at. de chlore;*

3° *Qu'il peut, sous l'influence de l'acide nitrique, donner lieu à la formation d'urée dont il est le radical.*

TROISIÈME PARTIE.

J'ai fait observer précédemment que l'analyse de l'oxalate d'urile confirmait les idées de M. Dumas sur l'existence d'un azoture d'hydrogène nouveau auquel il a donné le nom d'*amide* en le rattachant à une théorie suivant laquelle il lui attribue, relativement à l'oxide de carbone, le même rôle que le chlore joue à l'égard des métaux. D'après ce chimiste, l'urée et l'oxamide doivent être considérées, la première comme un biamidure, la seconde comme un amidure simple d'oxide de carbone.

L'acide sulfurique concentré transforme l'urée en ammoniaque et en acide carbonique, l'oxamide en ammoniaque et en acide oxalique aux dépens des élémens de l'eau.

La potasse caustique agit sur ces deux corps d'une manière analogue.

L'eau seule transforme l'urée en carbonate d'ammoniaque à la température ordinaire et ramène l'oxamide à l'état d'oxalate d'ammoniaque lorsqu'on la fait agir sur ce corps à une température élevée.

La supposition d'un azoture d'hydrogène commun à l'urée et à l'oxamide rendait l'uniformité de ces actions difficile à expliquer autrement qu'en admettant chez les amidures d'oxide de carbone la faculté de décomposer l'eau à la manière des chlorures métalliques, l'azoture réagissant comme corps électro-négatif sur l'hydrogène, et l'oxide de carbone comme électro-positif sur l'oxigène de l'eau. M. Dumas, tout en adoptant cette théorie, l'a qualifiée lui-même de provisoire.

L'analogie avec les chlorures métalliques cesse dès que la décomposition de l'eau est opérée, puisque le corps qui s'est emparé de l'hydrogène se comporte comme une base et non à la manière des hydracides.

Il est assez difficile de se rendre compte, d'après cette théorie, de l'action de l'acide nitrique sur l'urée, surtout si on la compare avec celle qu'exerce l'eau seule sur le même corps; et si l'on se rappelle qu'aucun acide n'a autant de tendance que le nitrique à produire de l'acide oxalique aux dépens des substances organiques, on est plutôt surpris que cet agent ne soit pas celui de tous qui convertisse le mieux l'urée en ammoniaque et en acide carbonique ou oxalique, au lieu de former avec elle une combinaison stable.

La faculté de s'hydrater que possède l'urée ne laisse pas que de jeter aussi quelques doutes sur cette partie de la théorie des amides. Si l'on s'explique que l'urée dissoute dans l'eau ne la décompose qu'à la longue, il est difficile de concevoir comment les élémens de l'eau peuvent former un hydrate avec un corps qui, dans d'autres circonstances, la décompose exactement pour former de nouvelles combinaisons beaucoup plus fixes.

Quoique ces objections aient quelque force, il n'est pas impossible de les lever. Mais la découverte de l'oxalate d'urile, combinaison saline dans laquelle l'azoture d'hydrogène joue évidemment le rôle de base, prouve que ce dernier n'a pas besoin de passer à l'état d'ammoniaque pour agir comme corps électro-positif et qu'il se combine également bien avec les acides.

On est alors tout naturellement conduit à considérer l'urée et l'oxamide comme des sels dans lesquels l'urile joue le rôle de base, et l'oxide de carbone celui d'acide.

Mais comment se rendre compte de la décomposition de l'eau par l'urée et par l'oxamide?

Il n'y a pas beaucoup d'importance à expliquer celle qui a lieu sous l'influence de l'acide sulfurique ou sous celle de la potasse, parce que la présence de ces agens dans la liqueur complique l'action et permet difficilement de suivre le rôle de l'électricité. D'ailleurs la potasse décompose dans les mêmes circonstances et d'une manière analogue des corps azotés que rien ne prouve contenir celui que M. Dumas a désigné par le nom d'amide.

La décomposition spontanée de l'eau par l'urée est

beaucoup plus importante à expliquer, puisque la production de carbonate d'ammoniaque n'est sollicitée par aucun agent étranger.

Le mode d'action que la litharge exerce sur l'oxalate d'urile fournira peut-être le moyen d'éclaircir ce point.

Après avoir projeté de la litharge pulvérisée dans une solution aqueuse un peu concentrée d'oxalate d'urile, on observe que le liquide conserve son acidité pendant plusieurs heures.

Des bulles se dégagent continuellement de la liqueur avec les mêmes apparences que j'ai observées en décomposant de l'oxalate d'urile par le carbonate de chaux. Lorsque le dégagement de bulles est complétement arrêté, la liqueur est alcaline. Elle ramène au bleu le papier de tournesol rougi et répand des vapeurs ammoniacales. L'oxalate de plomb forme une couche blanche à la surface de la litharge.

J'ai agi sur de trop petites quantités de matière pour faire l'essai du gaz dégagé ; mais puisque l'oxalate d'urile se décompose par l'influence de la litharge, en fournissant de l'ammoniaque libre et de l'oxalate de plomb, il est évident que le gaz dégagé est de l'oxigène.

La marche de la décomposition de l'oxalate d'urile par la litharge rappelle donc exactement ce qui se passe lorsqu'on décompose le même corps par le carbonate de chaux. Malgré la grande affinité de l'acide oxalique pour l'oxide de plomb ou pour la chaux, cet acide ne se combine avec eux que lorsque l'urile s'est transformé en ammoniaque aux dépens de l'eau. La décomposition de ce liquide s'opère lentement, sans que la présence d'aucun corps propre à absorber l'oxigène soit nécessaire.

On conçoit alors que si l'urile est uni avec un corps comme l'oxide de carbone, qui puisse à l'état naissant se combiner avec de l'oxigène, il se forme en même temps que l'ammoniaque, de l'acide carbonique ou de l'acide oxalique, mais la formation de ces acides est subordonnée à la production d'ammoniaque. La décomposition de l'eau ne s'opère que par l'action de l'urile seul et en vertu de sa tendance à se transformer en ammoniaque.

On conçoit aussi que l'urile ait moins de tendance à décomposer l'eau à l'état d'oxamide qu'à celui d'urée. Dans ce dernier cas, l'affinité de l'urile pour l'hydrogène n'a à surmonter que celle qui le tient en combinaison avec une proportion d'oxide de carbone, tandis que cette résistance est doublée dans l'oxamide.

Je crois donc pouvoir considérer l'oxide de carbone comme faisant fonction d'acide dans l'urée et dans l'oxamide. En le désignant pour plus de commodité par un nom qui s'accorde avec la théorie des oxacides, tel que celui *d'acide carboneux*, l'urée et l'oxamide deviennent des carbonites d'urile, et les sels d'urée des sels doubles de la même base, analogues au chloroxicarbonite d'ammoniaque.

Dans cette hypothèse, adoptant pour l'acide carboneux la formule de l'oxide de carbone $\mathbf{C}\ O$ ou $\dot{C}$, et admettant pour poids du carbone le nombre 76,437, les formules et les poids de l'urile et de ses combinaisons deviennent :

	Formules.	Poids.
Urile.	$Ur = 2\ Az\ 4\ H$	201,995
Urile hydraté	$Ur\ \dot{H}$	314,475
Urée Carbonite	$Ur + \dot{C}$	378,432
Urée hydratée Carbonite d'urile hydr.	$Ur\ \dot{H} + \dot{C}$	490,912
Oxamide Bicarbonite d'urile	$Ur + 2\ \dot{C}$	554,869
Oxalate d'urile séché à l'air	$Ur\ \dot{H} + 3\ \dddot{C}\ 6\ \dot{H}$	2123,016
Oxalate d'urile effleuri	$Ur\ \dot{H} + 3\ \dddot{C}\ 3\ \dot{H}$	1785,577
Oxalate d'urée Oxalo-carbonite d'urile hydr.	$2\ Ur\ \dot{H} + 2\ \dot{C} + \dddot{C}\ \dot{H}$	1547,178
Nitrate d'urée Nitro-carbonite d'urile	$2\ Ur + 2\ \dot{C} + \dddot{N}$	1433,900

Chlorure d'urile de l'urine 6 à 8 $Ur + Ch$.

Dans l'hypothèse d'après laquelle j'ai établi le tableau qui précède, la combinaison de l'acide nitrique avec l'urée et l'hydratation de ce corps s'expliquent sans la moindre peine

Ces formules ont entre elles une analogie frappante. Une seule s'écarte beaucoup des autres ; c'est celle qui représente la combinaison de l'urile avec le chlore ou plutôt avec l'acide hydrochlorique. En effet, on voit que dans l'urine 6 à 8 atomes d'urile se trouvent en combinaison avec 1 at. de chlore, tandis que toutes les autres formules indiquent au moins un atome d'acide pour un atome de base.

En admettant que l'urile ait d'autant plus de tendance a former de l'ammoniaque aux dépens de l'eau qu'il est combiné avec une moins grande proportion d'acide, ce qui résulte des actions comparées de l'urée et de l'oxamide sur l'eau, on conçoit difficilement que le chlorure de l'urine puisse demeurer pendant des mois entiers exposé à l'air sous forme syrupeuse sans produire de sels ammoniacaux en quantité notable.

Mais j'ai déjà fait remarquer qu'il devait se trouver dans l'urine un corps capable de fournir à l'urile l'oxide de carbone nécessaire pour le transformer en urée sous l'influence de l'acide nitrique. En rapprochant ces deux observations, il devient probable que ce corps est un acide qui contribue à neutraliser l'urile. Si cette idée se trouve confirmée par l'expérience, ce sera une preuve de plus que l'oxide de carbone joue réellement le rôle d'acide dans les combinaisons d'urile.

Théorie des acides hydrogéniques; par M. Longchamps.

J'ai publié, dans le mois de février 1833, un mémoire ayant pour titre : *Exposition d'une loi à laquelle sont soumises toutes les combinaisons de la chimie inorganique*, ou *Nouvelle doctrine chimique*. L'habitude où l'on est souvent de juger les travaux qui se publient d'après des idées préconçues, et par conséquent sans examen, n'a pas permis aux chimistes de chercher à connaître les idées nouvelles que je présentais. Mais quand je vois les doctrines les plus célèbres méconnues et jugées sur des ouï-dire, pourrais-je m'étonner que la mienne éprouve le même sort? En effet, s'il fut jamais une doctrine scientifique célèbre parmi les hommes, c'est incontestablement celle du *phlogistique*, dont tous les chimistes parlent encore, quoiqu'ils ne la connaissent guère. Si, pour prouver l'exactitude de cette assertion, je m'attache particulièrement à deux chimistes d'une grande célébrité, personne certainement ne voudra me prêter la moindre pensée d'une attaque personnelle; mais les ouvrages que ces savans ont publiés présentant l'opinion fidèle de leur temps, c'est nécessairement eux que je dois citer.

M. Thénard, dans la dernière édition de son *Traité de chimie* (I, p. 39), dit, en parlant du phlogistique : « Avant Lavoisier on s'imaginait que les corps ne brûlaient qu'en laissant dégager un *principe insaisissable*, auquel on donnait le nom de *phlogistique*. » M. Berzélius, dans l'édition française de son *Traité de chimie*, laquelle a été publiée après la lecture qu'il a faite des épreuves, et dont par conséquent le texte est parfaitement exact, dit, à l'article *Phlogistique*, « *Substance hypothétique*, au moyen de laquelle Stahl expliquait la combustion (VIII, p. 305). » Ainsi il est bien incontestable que tous les chimistes admettent que le phlogistique était un *principe insaisissable*, comme le dit M. Thénard, une *substance hypothétique*, d'après M. Berzélius. J'ouvre Stahl, *Traité du soufre* (1), et je trouve qu'il se propose, page 55, d'examiner les sept points suivans sur le phlogistique : 1° sa propriété relativement au feu; 2° la propriété qu'il a de colorer; 3° sa combinaison intime avec d'autres substances subtiles; 4° la façon dont il se comporte relativement à l'eau et à l'humidité; 5° son étonnante division et atténuation; 6° sa nature, soit dans l'état de solidité, soit dans l'état de fluidité; 7° où il se rencontre. Nous ne nous occuperons pas de ce qu'il dit sur les six premiers points, mais seulement du septième; car c'est là où l'on voit Stahl isolant, expérimentant sur le phlogistique comme les chimistes de nos jours isolent l'oxigène et expérimentent sur ce corps.

« Qui est-ce qui pourrait s'imaginer que dans l'huile » la plus limpide, la plus fluide et la plus volatile, ce » soit une substance solide, opaque, qui sans le con- » tact de l'air résiste à la violence du feu, nullement » volatile, qui la constitue huile, ou qui en fait un » mixte propre à s'enflammer (p. 64)?

» Il y a environ trente ans que j'ai proposé ce pro- » blème, et je demandais aux personnes auxquelles je » le proposais comment il pouvait se faire qu'une huile » essentielle, distillée très-pure, sans y joindre au- » cune substance corporelle, puisse être dénaturée et » décomposée en un instant, au point que l'on pût » voir clairement que sa transparence, son humidité, » sa fluidité étaient dues en grande partie à de l'eau » toute pure, et que le *principe insaisissable qui y* » *était combiné, était une substance solide, très-opa-* » *que, et capable de résister au feu le plus violent;* » et quoique cette substance contribue très-peu à son » poids, *elle ne laisse pas de présenter à l'œil* une » très-grande masse, et de donner une couleur très- » extensible.

» Lorsque j'ai proposé ce problème, je puis dire » avec vérité que je n'ai trouvé personne qui fût en » état de le résoudre; quelques gens en ont regardé la » solution comme impossible; d'autres ont cru que c'é- » tait une prétention chimérique. Cela m'a prouvé que » l'on allait souvent chercher bien loin des choses » qui sont sous nos yeux. Quand je jugeai à propos de » donner la solution de mon problème, *je mis simple-* » *ment de l'huile de térébenthine dans une cuiller, je* » *l'allumai à une bougie, et je reçus la suie qui s'en* » *élevait dans une cuiller placée au-dessus de la pre-* » *mière* (p. 65). »

Il prouve que cette suie satisfait à toutes les conditions de son problème, puis il dit : « On sent aussi très- » aisément que cette suie était pourtant *le vrai prin-* » *cipe de la graisse* et de l'INFLAMMABILITÉ. En effet, » pour s'en assurer, l'on n'a qu'à prendre ce noir de » fumée ou cette suie, la presser dans un creuset que » l'on couvrira, la faire rougir pour en dégager la por- » tion d'huile inflammable qui s'y trouve : on videra » ensuite le creuset, on allumera la matière avec un » morceau de bois enflammé. Peu à peu cette suie se » dissipera insensiblement et disparaîtra sans qu'on sa- » che ce qu'elle peut être devenue (p. 66). »

Ainsi on ne dira plus que le phlogistique ou *principe inflammable* était une *substance hypothétique*, un *principe insaisissable* (1), et les chimistes qui recon-

(1) Traduction française de l'allemand, Paris, 1766.

(1) Quelques chimistes, qui tiennent d'autant plus à leurs idées qu'ils les ont reçues sur les bancs de l'école, diront que la doctrine du phlogistique était absurde s'il est vrai que ce corps ne fût que le carbone, puisqu'il est évident que Sthal attribuait souvent au phlogistique des résultats qui n'étaient pas dus au carbone, mais bien à l'hydrogène. Je ne soutiens en rien la *doctrine* du phlogistique; je veux seulement établir que Sthal a donné les moyens d'isoler le corps qu'il appelait phlogistique, *qu'il l'a en effet isolé*, qu'il *a expérimenté dessus* : voilà toute ma thèse, et je l'établis d'après le texte de Sthal, que l'on ne pourrait pas rendre ambigu, quelque torture qu'on voulût lui faire subir : mais je répète que je ne soutiens que la matérialité du phlogistique et non la *doctrine*, et ce sont deux choses bien différentes.

naîtront par cet exemple remarquable qu'en jugeant sur de simples ouï-dire, et en se transmettant de bouche en bouche un jugement preconçu, on s'expose à prêter à un auteur tout le contraire de ce qu'il enseigne, voudront peut-être connaître par eux-mêmes ma théorie des acides hydrogéniques, afin de ne pas porter un jugement inconsidéré sur des idées qu'ils ne connaissent pas.

La loi que j'établis s'expose en ces termes : *Il n'y a que trois combinaisons possibles entre deux élémens de nature contraire :* $2A + B$, $A + B$, $A + 2B$, c'est-à-dire 2 atomes de l'élément électro-positif et 1 atome de l'élément électro-négatif; 1 atome de l'élément électro-positif et 1 atome de l'élément électro-négatif; enfin 1 atome de l'élément électro-positif et 2 atomes de l'élément électro-négatif. Je ne dirai pas ici comment j'ai été conduit à établir cette loi, mais seulement comment j'ai été amené à en déduire la théorie des acides hydrogéniques.

Les chimistes ayant reconnu quatre combinaisons entre le soufre et l'oxigène, et les combinaisons entre l'azote et l'oxigène étant dans des rapports contraires à la loi, j'ai dû chercher les moyens de faire disparaître celles de ces combinaisons qui ne se soumettent pas à cette loi, et j'y suis parvenu en réfléchissant à la combustion du soufre dans l'oxigène, et remarquant que cette combustion ne peut jamais donner lieu qu'à une formation d'acide sulfureux. L'acide sulfureux est donc le terme de la combinaison du soufre et de l'oxigène, et j'ai dès lors considéré l'acide sulfurique comme étant en dehors de cette combinaison, et je n'ai plus vu dans cet acide qu'un composé binaire formé d'acide sulfureux et du corps nommé deutoxide d'hydrogène, que j'appelle *oxide hydrogénique*, pour me soumettre à la règle imposée par la nomenclature, qui donne la terminaison en *ique* au second degré d'oxigénation ; telles sont les expressions oxide ferrique, oxide plombique, etc, etc. Appliquant cette théorie à l'acide nitrique, ce corps n'a plus été pour moi qu'une combinaison d'acide nitrique et d'oxide hydrogénique. Voici, d'après la théorie que j'expose, quelle est la nature des quatre combinaisons du soufre et de l'oxigène :

1 at. de soufre 1 at. d'oxigène	forment l'acide hyposulfureux.
1 at. de soufre 2 at. d'oxigène	forment l'acide sulfureux.
2 at. d'acide sulfureux 1 at. d'oxide hydrogénique	forment l'acide hyposulfurique.
1 at. d'acide sulfureux 1 at. d'oxide hydrogénique	forment l'acide sulfurique.

Les combinaisons de l'azote et de l'oxigène s'établiront ainsi :

2 at. d'azote 1 at. d'oxigène	forment l'oxide d'azote.
1 at. d'azote 1 at. d'oxigène	forment le gaz nitreux.
1 at. d'azote 2 at. d'oxigène	forment l'acide nitreux.
2 at. d'acide nitreux 1 at. d'oxide hydrogénique	forment l'acide nitrique.

Certainement, pour quiconque ne tiendra pas déraisonnablement à ses idées, on conviendra que les combinaisons du soufre et de l'oxigène, de l'azote et de l'oxigène, ainsi considérées, ne présentent rien qui répugne, même dans la doctrine actuellement admise ; et si nous considérons les sulfates qui contiennent de l'eau de cristallisation, tels que le sulfate de soude ou de chaux, on admettra facilement que la combinaison est formée par l'union de la base, de l'acide sulfureux et de l'oxide hydrogénique; mais pour les sels qui n'admettent point d'eau dans leur composition, tels que les sulfates de potasse, de plomb, etc., il faut ou changer la doctrine chimique actuelle, ou rejeter la loi que j'ai exposée.

Voici donc comment je considère les sulfates dans le Mémoire que j'ai publié en 1833 :

« Lorsqu'on veut s'assurer si une hypothèse chimique est fondée, il faut en mettre le résultat en contact avec tous les corps connus, pour voir si elle satisfait à toutes les conditions. Combinons dont l'acide sulfureux hydrogénique avec les bases. Depuis longtemps j'avais remarqué qu'à un petit nombre d'exceptions près, les acides ne se combinent avec la base qu'à un seul degré d'oxidation de ces bases ; ainsi la litharge se combine avec l'acide sulfurique, mais l'oxide puce n'entre pas en combinaison avec cet acide. Pourquoi ? car je suis de ces hommes qui n'admettent pas d'effets sans cause. Lorsque je fais agir de l'acide sulfureux hydrogénique sur de la litharge, que devient l'oxigène de l'oxide hydrogénique ? Cet oxigène se porte sur la litharge, la convertit en oxide puce, et celui-ci se combine avec l'acide sulfureux. Ainsi les sulfates, les nitrates ne sont pas ce que les chimistes pensent; ce ne sont pas, comme ils le croient, des combinaisons des oxides en *eux*, mais bien des combinaisons des oxides en *ique*. Le sulfate de potasse est le résultat de la combinaison de l'oxide jaune de potassium, appelé deutoxide, avec l'acide sulfureux ; le sulfate de cuivre est le résultat de la combinaison de l'acide sulfureux avec l'oxide de cuivre produit par M. Thénard dans ses travaux sur l'oxide hydrogénique. Je ne pousserai pas plus loin ces considérations : tout le monde voit actuellement ce que c'est qu'un sulfate et un nitrate. »

Dans les sulfates l'oxigène est en même proportion dans la base que dans l'acide (1). C'est une combinaison de la forme $(A + 2B) + (A' + 2B')$, c'est-à-dire 1 atome de l'élément électro-positif avec 1 atome de l'élément électro-négatif; enfin c'est un sel neutre. Dans les nitrates, l'oxigène de l'acide est deux fois celui de la base, puisque 2 atomes d'acide nitreux, contenant 4 atomes d'oxigène, se combinent à 1 atome de potassium, par exemple, uni à 2 atomes d'oxigène savoir : 1 atome qui constitue la potasse, et 1 autre atome pro-

(1) Un atome de base contenant deux atomes d'oxigène, ce qui forme l'élément électro-positif de la combinaison saline; un atome de soufre, deux atomes d'oxigène qui forment l'élément électro-négatif de cette combinaison.

venant de l'oxide hydrogénique, lequel constitue alors l'oxide jaune. Les nitrates forment donc une combinaison de la forme $(A + 2\ B) + 2\ (A' + 2\ B')$, c'est-à-dire 1 atome de l'élément électro-positif avec 2 atomes de l'élément électro-négatif; enfin ce sont des bi-sels. Ainsi, par exemple, le sulfate de potasse est un sel neutre, le nitrate de potasse est un bi-sel. Mais il faut bien observer que les bi-sels de la doctrine que je présente ne sont pas les bi-sels des chimistes: ceux-ci sont une combinaison binaire du sel neutre et de l'acide hydrogénique. Ainsi le sulfate acide de potasse est une combinaison de sulfate de potasse neutre avec l'acide sulfureux hydrogénique.

Je crois, quant à ce qui concerne l'acide sulfurique, l'acide nitrique, l'acide phosphorique, etc., que beaucoup de chimistes conviendront qu'il est plus simple de considérer ces acides comme le résultat de la combinaison des acides sulfureux, nitreux, etc., avec l'oxide hydrogénique, que d'admettre, comme on le fait actuellement, qu'ils sont le résultat de la combinaison, l'un, d'un atome de soufre et de 3 atomes d'oxigène; l'autre, de 2 atomes d'azote et de 5 atomes d'oxigène.

D'une autre part, ne trouve-t-on pas dans les propriétés de l'oxide hydrogénique celles que montrent les acides sulfurique et nitrique, soit lorsqu'ils agissent sur les matières organiques, soit lorsqu'ils agissent sur les corps métalliques? Et alors notre raison ne nous dit-elle pas qu'il est plus probable que l'acide sulfureux tient son caractère nouveau plutôt de sa combinaison avec l'oxide hydrogénique qu'il n'est probable qu'il le reçoit de sa combinaison avec l'oxigène? L'acide sulfureux, je ne saurais assez appuyer sur ce fait, est le terme de la combinaison que peuvent contracter directement le soufre et l'oxigène; et l'on sait, d'ailleurs, avec quelle instantanéité l'acide sulfureux et l'oxide hydrogénique réagissent l'un sur l'autre. Les chimistes disent que dans ce cas l'oxide hydrogénique se décompose pour produire de l'acide sulfurique, moi, je dis qu'il ne se décompose pas, mais qu'il se combine.

La conversion en acide sulfureux et oxigène de l'acide sulfureux hydrogénique qui passe dans un tube fortement chauffé ne vient-elle pas encore à l'appui de mon système? Il me semble que ce phénomène s'explique plus facilement dans ma théorie que dans celle qui est admise aujourd'hui. Dans le système actuel, quels sont les élémens de l'acide sulfurique? l'oxigène et le soufre. Dans mon système c'est l'acide sulfureux et l'oxide hydrogénique. Or, dans ce dernier cas, il est facile de voir quels peuvent être les effets de la chaleur appliquée à ce corps, et ils sont conformes aux résultats de l'expérience; mais dans le système actuel on ne voit pas pourquoi la chaleur disloquerait la combinaison pour la convertir en acide sulfureux et oxigène.

En admettant la combinaison de l'acide sulfureux avec l'oxide hydrogénique, nous avons une théorie satisfaisante de tous les phénomènes qui se produisent lors de la formation, dans les chambres de plomb, de l'acide appelé sulfurique, ainsi que je le ferai voir dans un Mémoire sur les produits de la combustion du soufre (1).

Enfin, si vous admettez que les acides sulfurique et nitrique résultent de la combinaison des acides sulfureux et nitreux avec l'oxide hydrogénique, alors, dans la nécessité où vous êtes d'admettre ma composition des sels, vous voyez disparaître ces relations aujourd'hui si variables entre l'oxigène des acides et celui des bases: tantôt le rapport de 2 à 1 dans les carbonates, tantôt celui de 3 à 1 dans les sulfates, tantôt celui de 5 à 1 dans les nitrates, etc.; enfin ces rapports encore plus nombreux, mais en sens inverse, que l'on a admis dans la composition des sous-sels. Dans la doctrine que je présente, les sels, qu'ils soient acides, ou neutres, ou basiques, contiendront toujours, d'après la loi, ou 2 atomes d'oxigène dans l'acide et 1 dans la base, ou 1 atome d'oxigène dans l'acide et 1 dans la base, ou enfin 1 atome d'oxigène dans l'acide et 2 dans la base.

Je rappellerai à l'appui de ma théorie de composition des sulfates et des nitrates, la réaction instantanée qu'exercent l'acide sulfureux et l'oxide puce de plomb lorsqu'on les met en contact. N'est-il pas plus raisonnable de penser que ces deux corps s'unissent, que d'admettre, selon le système actuel des chimistes, que bien vite l'oxide puce se débarrasse d'un atome d'oxigène pour en revêtir l'acide sulfureux?

Voilà les faits que j'ai apportés à l'appui de la théorie des acides hydrogéniques lorsque je l'ai présentée dans mon Mémoire; mais aujourd'hui cette théorie reçoit une application importante par l'explication heureuse qu'elle donne de la composition du nouvel acide et des sels que M. Pelouze a récemment fait connaître. L'acide nouveau a été formé par l'absorption d'un atome d'acide sulfureux et de 2 atomes de deutoxide d'azote au moyen d'une base, ce qui revient à 1 atome de soufre, 2 atomes d'azote, 4 atomes d'oxigène, et par conséquent c'est la même composition que celle de l'acide sulfurique lorsqu'on substitue l'hydrogène à l'azote, puisqu'on a 1

---

(1) Voici la théorie qui se déduit de la doctrine des acides hydrogéniques, qui est aussi simple que satisfaisante :

1 atome d'acide sulfureux,
2 atomes d'acide nitreux,
1 atome d'acide hydrogénique, } s'unissent dans l'atmosphère de la chambre.

Lorsque le composé vient au contact du liquide,

1 atome d'acide sulfureux,
1 atome d'oxide hydrogénique, } s'unissent pour former un atome d'acide sulfureux hydrogénique.

2 atomes d'acide nitreux se séparent pour retourner dans l'atmosphère de la chambre.

La matière cristalline contient l'oxide hydrogénique nécessaire pour former :

Ou de l'acide sulfureux hydrogénique.

Ou de l'acide nitreux hydrogénique.

Si cette matière cristalline, lorsqu'elle vient au contact du liquide de la chambre, forme de l'acide sulfurique préférablement à de l'acide nitrique, c'est que le premier a plus d'affinité avec l'eau que le dernier; et la preuve en est, qu'on amène l'acide nitrique au dernier degré de concentration en le distillant avec l'acide sulfurique, qui retient l'eau de l'acide nitrique.

atome de soufre, 2 atomes d'hydrogène, 4 atomes d'oxigène. Si vous admettez la théorie des acides hydrogéniques, le deutoxide d'azote joue dans l'acide découvert par M. Pelouze le même rôle que le deutoxide d'hydrogène dans l'acide sulfureux hydrogénique; par conséquent ils sont analogues, et par cette raison je donne au nouvel acide la dénomination d'acide sulfureux azotique, et si vous combinez cet acide avec les bases, le deutoxide d'azote leur abandonne 1 atome de son oxigène, de même que le fait l'acide sulfureux hydrogénique, et l'oxide d'azote mis à nu joue le rôle d'eau de cristallisation. Et en effet cet oxide d'azote se dissipe lentement à l'air comme un sel qui s'effleurit perd son eau de cristallisation. Si au contraire vous restez dans la doctrine actuelle, le sel formé par M. Pelouze est un sel double, résultat de l'union d'un sulfite et d'un nitrite. Or, comment ces deux sels, à l'état sec, réagiraient-ils l'un sur l'autre pour former d'une part un sulfate, et dégager de l'autre de l'oxide d'azote? Il est vrai que M. Pelouze considère la combinaison comme étant formée d'une base et d'un acide particulier qui se compose de 2 atomes d'azote, 1 atome de soufre, et 4 atomes d'oxigène. Alors il faut que sans cause quelconque de réaction 1 atome d'oxigène se disloque et aille chercher les 2 atomes d'azote. Si les chimistes veulent bien y réfléchir, le dégagement de l'oxide d'azote est inexplicable dans leur théorie, ou du moins ils ne donneraient que des explications qui froisseraient la raison, tandis qu'il est des plus simples dans celle des oxides hydrogéniques.

J'ai présenté dans ce Mémoire la théorie des acides hydrogéniques, et j'ai fait voir comment, lorsque ces corps agissent sur les oxides, l'oxigène de l'oxide hydrogénique se porte sur la base pour l'élever au second degré d'oxigénation. Jusque-là je ne vois pas qu'il y ait contre ce système des objections bien sérieuses à présenter; car rien ne choque rudement les idées reçues, et quelques chimistes pourront être frappés de la simplicité que cette théorie porte et dans la composition des acides et dans celle des sels; mais lorsqu'il s'agit d'étendre ses vues jusque dans leurs derniers termes, les conséquences auxquelles j'arrive lorsque je fais agir les acides hydrogéniques sur les métaux renversent toutes les idées de notre temps; en sorte que lorsqu'on fait agir l'acide sulfureux hydrogénique étendu d'eau sur le fer, l'hydrogène qui est produit ne provient pas de la décomposition de l'eau, mais il existait combiné avec la base du fer. Je voudrais, dans ce moment, ne pas poursuivre l'exposition de ces vues, que l'on trouvera complétement développées dans le mémoire que j'ai publié en 1833; car je désirerais que les chimistes portassent leur attention sur la théorie des acides hydrogéniques, et je ne voudrais pas, en froissant tous leurs sentimens, nuire ainsi aux idées qu'ils peuvent adopter. Dans tous les cas, je n'aurai pas à me plaindre si les chimistes refusent d'examiner la théorie des acides hydrogéniques et la rejettent sans la connaître, alors que depuis plus de quarante ans ils parlent du phlogistique sans avoir jamais cherché à apprendre dans Stahl ce que c'était que ce corps; en sorte qu'ils pensaient que c'était une substance imaginaire, et cependant Stahl l'isolait et l'expérimentait tout aussi bien que nous pouvons isoler l'oxigène et expérimenter sur ce corps.

Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

REPRODUCTION EN LANGUE FRANÇAISE DES OUVRAGES PÉRIODIQUES PUBLIÉS EN ANGLETERRE, EN ALLEMAGNE ET EN ITALIE SUR CES SCIENCES;

SAVOIR :

MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW, BY JAMES JOHNSON;
MEDICAL QUARTERLY REVIEW;
DUBLIN JOURNAL;
LONDON MEDICAL GAZETTE;
LONDON MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL;
THE LANCET;
EDIMBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL;
MEDICO-CHIRURGICAL TRANSACTIONS;
JOURNAL FUER CHIRURGIE UND AUGENHEILKUNDE, VON GRAEFE UND WALTHER;
JOURNAL DER PRACTISCHEN HEILKUNDE, VON HUFELAND UND OSANN;
WISSENSCHAFTLICHE ANNALEN DER HEILKUNDE, VON HECKER;
PREUSSISCHE MEDICINISCHE ZEITUNG;
FRORIEP'S NOTIZEN AUS DEM GEBIETE DER NATUR UND HEILKUNDE;
HEIDELBERGER MEDICINISCHE ANNALEN;
CLARUS UND RADIUS, BEITRAEGE, ETC.;
WUERTEMBERG'SCHES MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT;
MUELLER'S ARCHIV FUER ANATOMIE, PHYSIOLOGIE, ETC.
ZEITSCHRIFT FUER GEBURTSKUNDE;
CASPER'S WOCHENSCHRIFT;
OMODEI, ANNALI UNIVERSALI.

BRUXELLES,
ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, RUE DE FLANDRE, N° 155.

1836.

LONDON MEDICAL GAZETTE.

Leçon clinique sur le TIC DOULOUREUX *ou* NÉVRALGIE FACIALE, faite à l'hôpital de Saint-Georges, à Londres, le 15 décembre 1835; par sir BENJAMIN C. BRODIE.

« *Joshua Kingett*, âgé de 48 ans et entré à l'hôpital le 14 octobre 1835, dit avoir souffert les dix mois qui précèdent son admission, d'une douleur très-violente et se circonscrivant entièrement au côté gauche de la face. Cette douleur, d'abord d'un caractère intermittent, est devenue en dernier lieu permanente. Quelquefois elle était d'une telle intensité que, pour nous servir des expressions du malade, il aurait préféré la mort à ses souffrances. Il croyait alors qu'il allait perdre la vue de l'œil gauche, et très-souvent il souffrait de maux de dents. Lorsque le malade fut reçu à l'hôpital, la douleur se limitait principalement à la joue et à la narine, qui étaient enflées et sensibles au toucher. En examinant la narine, on n'y découvrait rien de morbide. Les intestins étaient toujours paresseux et la langue couverte d'un enduit blanc-brunâtre. Je prescrivis l'onguent de vératrine, à raison d'un scrupule de vératrine sur une once d'axonge, pour en faire des frictions deux fois par jour; outre cela, cinq grains de *blue pill*, à prendre tous les soirs et suivies, le lendemain, d'une potion composée de cinq gros d'infusion de séné, cinq gros d'infusion composée de gentiane, un gros de teinture de séné et un gros de sulfate de magnésie.

23. Après avoir suivi ce traitement pendant une semaine, le malade se croyait être un peu mieux. Une dent cariée qu'on découvrit à la mâchoire inférieure, fut extraite. La langue était un peu moins chargée. (Infusion de rhubarbe et de columbo, de chaque six gros, avec un gros de teinture composée de cardamome, et un demi-scrupule de carbonate de fer, à prendre trois fois par jour. Continuation des *blue pill*.)

29. Il s'est fait une amélioration notable: le malade a deux évacuations par jour; la langue est presque nette.

7 *Novembre*. La douleur, qui avait presque entièrement disparu, est revenue depuis deux jours avec beaucoup d'intensité et ne lui a pas laissé de repos. La langue est de nouveau blanche et chargée. Le purgatif prescrit en dernier lieu n'a pas opéré. (Cinq grains de *blue pill* tous les soirs, et d'un jour à l'autre une dose d'infusion composée de séné, avec le sulfate de magnésie le matin.)

15. Dès que le ventre est devenu libre, le malade s'est mieux porté.

Le 17 novembre j'ordonnai cinq grains de *blue pill*, cinq grains d'extrait composé de coloquinthe, avec 3 grains d'extrait de laitue, à prendre tous les soirs. Cette médecine opéra bien sur les intestins du malade; dès lors il eut tous les jours deux à trois évacuations. Ce traitement a été continué jusqu'à ce jour. La langue est à présent tout à fait nette. Le malade est entièrement libre de tout ce qu'on pourrait appeler douleur, bien qu'il lui reste encore un sentiment de malaise à la figure. »

Une violente douleur dans la face, qui revient par intervalles; une douleur tellement violente, que le malade désire la mort, sans qu'on puisse découvrir d'altération perceptible dans les parties où elle se fait ressentir, voilà ce qu'on appelle ordinairement *tic douloureux*, ou plus justement *névralgie faciale*.

Il y a deux sortes de douleurs: l'une est celle où la douleur a son siége dans la partie malade même; c'est ainsi qu'il peut y avoir douleur dans le genou à cause d'une inflammation du genou, ou douleur au sein à cause d'un carcinôme de ce même organe, ou douleur à la région hépatique par suite d'une maladie du foie. L'autre espèce de douleur est celle qui est rapportée par les malades à des parties qui actuellement ne sont pas le siége du mal. C'est ainsi qu'il peut y avoir douleur dans le genou, tandis que la maladie occupe la hanche; il peut y avoir douleur à l'omoplate en même temps que le foie est le véritable siége d'une altération; le sein, enfin, peut être le siége d'une douleur qui dépend d'un état hystérique de la constitution en général.

C'est à ce second ordre de douleurs qu'appartient le tic douloureux ou la névralgie faciale. Le malade rapporte sa douleur à l'une ou l'autre partie, ou à tout un côté de la face, sans qu'on y trouve quelque altération. Ne croyez pas que la cause de la douleur dans cette maladie soit toujours la même; la douleur n'étant effectivement qu'un symptôme, la véritable nature de la maladie est sujette à beaucoup de variations dans les différens cas. La douleur propre au tic douloureux diffère particulièrement de celle de la plupart des autres affections nerveuses. Toutes les branches de la cinquième paire se trouvant dans des dispositions anatomiques particulières, prenant toutes leur origine d'un plexus fort remarquable, passant toutes à travers des parties osseuses, et surtout la seconde et la troisième branches étant protégées dans une grande étendue par des os, il nous paraît fort probable que c'est l'une ou l'autre de ces dispositions anatomiques qui imprime au tic douloureux le caractère spécifique que nous lui observons.

Dans tous ces cas, la douleur, quelle qu'en soit la cause, survient en général insensiblement. D'abord supportable, elle gagne par la suite tellement en intensité, que le malade vous dira qu'il préfère mourir que de la supporter. Ce n'est d'abord qu'une sensation singulière de pincement, qui revient de temps à autre; cette première sensation douloureuse se fait ordinaire

ment sentir à la joue, là où la seconde branche de la cinquième paire se distribue. Bientôt ce pincement devient plus fort et revient avec plus de fréquence. La maladie, à son plus haut degré, rend le malade aussi malheureux qu'on peut l'être. La douleur revient tous les quarts-d'heure, toutes les demi-heures, quelquefois plus souvent encore, à des intervalles indéterminés, subitement et sans que le malade s'y attende. A l'arrivée du mal, il a le caractère d'un spasme suivi d'une douleur violente et continue, quelquefois accompagnée d'une sensation de pression de haut en bas. Tous les muscles du tronc sont dans l'agitation, comme si le malade voulait faire des efforts pour se soutenir sous la pression d'un poids qui menace de le faire succomber. Après deux ou trois minutes, la douleur disparaît et le malade est encore une fois bien jusqu'au retour de l'accès, qui ne se fait pas attendre, surtout lorsque le malade y fixe son attention. Quand on lui demande des nouvelles de sa maladie, l'accès paraît de suite. Si au contraire vous fixez la conversation sur un autre sujet qui l'intéresse, on observe quelquefois une intermittence d'une demi-heure. Souvent la douleur ne permet pas au malade de s'endormir; mais une fois endormi, le sommeil peut durer plusieurs heures sans interruption, circonstance que j'ai eu l'occasion d'observer, même dans les cas les plus désespérés.

A l'approche de la douleur, vous observez souvent une contraction violente et spasmodique des muscles de la face; et c'est probablement là la cause du gonflement du côté souffrant. La conjonctive oculaire du côté affecté est rouge et ecchymosée. La douleur, qui commence à la joue, se limite quelquefois, comme nous venons de le dire, aux ramifications de la seconde branche de la cinquième paire; d'autres fois elle s'étend au front, c'est-à-dire aux parties auxquelles se distribue la première branche de la cinquième paire des nerfs; au menton et aux dents, parties qui reçoivent des nerfs de la troisième branche de la cinquième paire. Dans quelques cas il y a aussi affection concomitante de la langue et du palais.

Quelquefois la maladie, après avoir tourmenté l'individu pendant un mois, six semaines ou même six mois, disparaît tout à coup sans cause connue, et le malade se porte bien pour un certain temps; après cette époque, la douleur revient aussi inopinément qu'elle a disparu et dure autant, ou plus longtemps qu'auparavant. D'autres fois, la maladie disparaît entièrement, et le malade se rétablit parfaitement. Il est enfin d'autres cas où la maladie, ne faisant aucune rémission, continue à torturer le malade, jour par jour, mois par mois et an par an; il peut alors survenir d'autres symptômes et la maladie prendre une terminaison funeste. Elle n'attaque qu'un seul côté de la face; je ne l'ai jamais vue occuper les deux côtés à la fois.

A quelle cause faut-il attribuer ces symptômes? Souvent on arrache des dents cariées qu'on croit être la cause de la douleur. Pour ma part, je vous avoue n'avoir jamais observé de soulagement d'un véritable tic douloureux par l'extraction d'une dent cariée; et mon expérience s'accorde sous ce rapport avec celle d'un dentiste fort occupé, qui m'a assuré de ne pas pouvoir se rappeler de cas de sa pratique où l'extraction de dents gâtées, faite dans le tic douloureux, ait eu quelque résultat satisfaisant. Je vous ai dit que la maladie peut dépendre de diverses causes. Sir Henry Halford a rapporté l'histoire de plusieurs cas, présentant tous les caractères d'un véritable tic douloureux, qui semblaient être en connexion de cause avec un état morbide des os de la face, et je ne doute nullement que telle peut être en effet quelquefois son origine. Naguère encore, nous avons vu dans cet hôpital, un homme, souffrant d'une douleur à la face et à la joue, qui avait tous les caractères que je viens de vous indiquer et qui dépendait d'une affection de l'os maxillaire supérieur. Si je me rappelle bien, nous le soumîmes à l'usage de la salsepareille; une partie de l'os s'exfolia et la douleur cessa en grande partie. Je connais encore un autre fait du même genre, où la douleur névralgique se trouvait combinée avec l'altération des os de la mâchoire supérieure, mais dont j'ignore les résultats subséquens. Ces exemples sont cependant rares, et dans les cas ordinaires ce n'est pas à une altération des parties osseuses que nous pouvons attribuer l'origine de la douleur. Quelquefois vous la rencontrez chez des jeunes femmes hystériques. La douleur hystérique, rapportée à une partie dans laquelle se distribuent des branches de la cinquième paire, prend la forme du tic douloureux. D'autres fois la douleur est intermittente et périodique, et cède de même que la fièvre intermittente à la quinine ou à l'arsenic. D'autres fois encore l'affection dépend évidemment de l'état des organes digestifs, et se guérit au moyen d'un régime très-régulier et de remèdes propres à ramener ces derniers organes à l'état de santé. Enfin, la douleur faciale peut être le résultat d'une maladie du cerveau. C'était le cas de M. Pemberton, attaché longtemps en qualité de médecin en chef à cet hôpital et atteint au milieu de sa carrière d'un tic douloureux, dont il souffrait horriblement. Il alla à la campagne et y mourut avec des symptômes cérébraux.

J'ai connu un individu, atteint depuis très-longtemps de tic douloureux, qui à la fin fit place à des attaques d'épilepsie; ce changement à lui seul suffirait pour faire soupçonner qu'il y avait en même temps maladie du cerveau. Bientôt il y survint en outre un abaissement de la paupière supérieure (*ptosis*) du même côté où le tic douloureux avait existé. Après un accès épileptique qui fut plus violent qu'à l'ordinaire, le malade tomba dans une sorte d'apoplexie et mourut. A l'autopsie on trouva toutes les membranes du cerveau offrant des traces d'une inflammation chronique; les vaisseaux de communication entre la dure-mère et le périoste extraordinairement dilatés; la membrane arachnoïde épaissie et présentant à la partie supérieure et postérieure de l'hémisphère gauche, dans l'étendue d'un pouce, des adhérences avec la surface interne de la dure-mère. Le cerveau était en général mou et injecté et présentait en beaucoup de places des taches rouges. Le ramollissement était le plus marqué dans les

crura cerebri, le *fornix* et les parties adjacentes. Malgré tout le soin qu'on mit à examiner les nerfs de la cinquième paire, depuis leurs ramifications jusqu'à leur plexus dans les sinus caverneux, on n'y distingua rien d'anormal.

Il est encore d'autres cas où il est impossible de poursuivre le tic douloureux jusqu'à sa véritable source, et nous pouvons en dire autant de presque toutes les affections nerveuses. J'ai connu entre autres un malade souffrant d'une forte névralgie du pied, laquelle dépendait d'un rétrécissement de l'urètre et ne résistait jamais qu'à l'usage d'une bougie. Chez un autre malade, la névralgie du pied, dépendant des hémorrhoïdes internes, apparaissait lorsque les hémorrhoïdes sortaient par l'anus, et cessait dès qu'elles étaient réduites. Enfin, j'ai vu un torticolis spasmodique alterner avec l'aliénation mentale.

Sans me perdre dans des suppositions sur la question de savoir pourquoi la douleur se manifeste dans une partie du corps différente de celle qui est le véritable siége de la maladie, qu'il me soit pourtant permis de hasarder l'opinion que ce ne sont pas les nerfs mêmes, mais un organe d'un ordre plus élevé, comme le cerveau ou la moelle épinière, qui sert probablement d'intermédiaire à la communication nerveuse dans cette sorte de sympathie.

Traitement. Le traitement du tic douloureux diffère suivant les cas. C'est tantôt l'une, tantôt l'autre méthode, qui produit du soulagement; mais dans bien des cas, toute espèce de traitement échoue. Dans ces derniers temps, une opération très-ancienne a été retirée de l'oubli où elle était tombée; je veux parler de la division des troncs des nerfs, dont les ramifications sont le siége de la douleur. En divisant, par exemple, la seconde branche de la cinquième paire, là où elle sort du trou sous-orbitaire, et en interceptant ainsi la communication entre les extrémités du nerf et du cerveau, on croyait intercepter en même temps la propagation de la sensation douloureuse au sensorium commune. Ce raisonnement serait juste si les extrémités du nerf étaient en effet le siége du mal. Mais malheureusement cette dernière supposition est loin d'être fondée, et il y a, au contraire, tout lieu de croire que les choses se comportent d'une manière tout à fait opposée; la cause irritante, quelle qu'elle soit, agit manifestement sur l'origine du nerf et non pas sur son extrémité; et la raison, pas moins que l'expérience, prouvent l'inutilité de la division des nerfs au-dessous de leur origine. J'ai moi-même fait cette opération, sans en obtenir aucun résultat favorable pour le malade.

La maladie présente-t-elle un caractère intermittent et périodique, vous pouvez toujours soulager, à l'instar d'autres affections de nature périodique, au moyen de la quinine, du quinquina et de l'arsenic. Mais c'est à hautes doses, en commençant par dix grains et allant en augmentant, qu'il faut administrer la quinine. Aujourd'hui même encore, j'ai vu un malade autrefois atteint d'une douleur nerveuse dans le dos, qui était presque aussi violente qu'un tic douloureux de la face. Comme elle était intermittente et périodique, je promis au malade de le guérir au moyen de la quinine. Il en prit dix grains sans succès; vingt grains ne produisirent guère davantage, et il ne fut guéri qu'en prenant ce remède tous les jours à raison d'un demi-gros. La combinaison du quinquina avec l'arsenic est de même un excellent remède dans des cas de maladie intermittente et périodique; je préfère cependant de commencer par la quinine, à cause qu'elle est un remède moins dangereux, qu'elle n'exige pas autant de précautions et qu'elle n'a pas les mêmes inconvéniens que ceux attachés à l'usage de l'arsenic.

Moi et un autre praticien, nous fûmes consultés pour une jeune dame affectée d'un tic douloureux de la face. Ce mal ayant été précédé d'une grande agitation du moral et étant évidemment compliqué d'hystérisme et d'irrégularité dans la menstruation, nous soumîmes la malade à l'usage des ferrugineux et de l'ammoniaque, dans l'intention d'améliorer sa santé. Le tic douloureux, qui avait déjà persisté pendant plusieurs semaines, disparut en peu de semaines par l'effet de cette médication.

Si c'est dans les os de la face que réside la source du mal, c'est sur leur altération que vous devez diriger votre attention. C'est ainsi qu'une portion d'un os peut s'exfolier; la douleur, qui dépendait de la compression ou de l'irritation d'un nerf par une esquille ou un sequestre, cesse aussitôt que la cause irritante est enlevée. D'autres fois, la santé du malade s'améliore par l'usage de la salsepareille, qui, comme vous savez, produit d'excellens effets dans un grand nombre de maladies des os; ou si la salsepareille manque, c'est le calomel avec l'opium, le sublimé, la iodine ou le garou, qui vous offrent encore quelques chances de succès dans ce genre d'affections.

La douleur provient-elle d'une maladie organique du cerveau, c'est cette affection primitive qui doit fixer l'attention, quoique dans la majorité de ces cas les secours de l'art ne seront que peu utiles au malade.

Mais supposez que vous ne puissiez rapporter la maladie à aucune source certaine et que vous trouviez la langue chargée, les intestins constipés et encore d'autres indices d'un dérangement des fonctions digestives. Vous aurez alors raison d'inférer que c'est là probablement l'origine de la douleur faciale; tâchez de régulariser cette fonction et observez le résultat qui s'ensuit. C'est sur ce principe même que j'ai conçu mes prescriptions dans le cas qui nous a fourni le sujet de cette leçon, et vous avez été à même de vous convaincre des effets heureux qui ont couronné cette manière d'agir. A mesure que le malade eut des évacuations et que la langue se nettoya, la douleur diminua. Un grand nombre de maladies dépendent de l'état dans lequel les organes digestifs se trouvent, ainsi que vous en rencontrez tous les jours; et il n'y a pas plus à s'étonner de ce qu'un dérangement des organes digestifs donne lieu à un tic douloureux, que de ce qu'un mal de tête peut être la suite d'une indigestion, ou un lumbago celle d'une constipation.

Si cependant il vous était impossible de découvrir une cause quelconque qui a pu donner lieu à cette douleur et que vous soyez forcé de tenter quelques remèdes au hasard, ayez recours au sulfate de quinine ou au carbonate de fer, qui m'a rendu de grands services dans un grand nombre d'affections névralgiques. Vous pouvez en donner un demi-gros par jour et en porter la dose peu à peu jusqu'à un gros. Je n'ai jamais rien vu de bon de l'usage du carbonate de fer porté plus loin; et je n'ai pas de peine à concevoir le mal que peuvent faire les doses énormes données par quelques médecins. Administrée de cette manière, une substance insoluble comme celle-ci peut facilement obstruer les intestins; pareille chose arrive quelquefois après l'usage du cubèbes; et c'est une raison pour laquelle je vous conseille de donner de temps à autre un purgatif, afin de prévenir l'accumulation de cette masse insoluble dans les intestins. Les grandes doses de carbonate de fer peuvent de même donner lieu à l'inflammation des intestins.

Lorsque vous ne réussissez pas avec la quinine et le carbonate de fer, il vaut encore la peine d'essayer le zinc et le cuivre ou d'autres sels métalliques, dont l'utilité a été reconnue dans les affections nerveuses chroniques.

Mais après avoir épuisé inutilement toutes les ressources ordinaires, faut-il continuer *ad infinitum* de tourmenter le malade avec des drogues? Si vous ne pouvez faire du bien, du moins ne faites pas de mal. — Voilà la première règle de notre art. Conseillez à votre malade d'attendre avec patience que la douleur diminue d'elle-même, ce qui arrive quelquefois. Tâchez de lui rendre la vie le moins insupportable possible. Il est des malades qui éprouvent beaucoup de soulagement de l'opium et qui en supportent l'usage sans inconvénient : cependant même ceux-ci ne doivent en prendre que lorsque la douleur est d'une intensité extraordinaire; en en abusant, ils s'y habituent et l'opium perd ses effets. L'extrait de laitue, de ciguë et d'autres narcotiques, produisent quelquefois du soulagement dans des cas moins graves. En évitant toutes les irrégularités de régime dans la manière de vivre, les affections morales trop vives, et en cherchant le repos physique et moral, le malade s'épargnera beaucoup de souffrances.

Vous avez pu voir qu'une des premières choses que je fis faire dans le cas actuel, furent des frictions avec l'onguent de vératrine, remède recommandé, il n'y a pas longtemps comme très-puissant dans une foule de maladies, parmi lesquelles se trouvent aussi les affections névralgiques. J'ai en effet vu du soulagement suivre l'emploi de ce remède chez un malade affecté d'une douleur au front, qui dépendait d'une altération de l'os frontal dans le voisinage de la première branche de la cinquième paire des nerfs. Néanmoins je suis d'autant plus loin d'attribuer cette amélioration aux effets de ce médicament que dans d'autres cas je n'en ai pas obtenu le moindre avantage.

Quoique vous m'ayez vu dans cette circonstance mettre encore une fois l'onguent de vératrine à l'épreuve de l'expérience, ne veuillez pas me compter au nombre de ceux qui ont la manie d'essayer indistinctement tous les nouveaux remèdes et qui préfèrent toujours les nouvelles méthodes de traitement aux anciennes. Que celui qui veut obtenir du succès dans sa pratique et être utile à l'humanité, se garde d'agir de cette sorte. Au contraire, qu'il se rende maître des anciens remèdes; qu'il apprenne à les bien manier et que ce soit toujours à eux qu'il ait recours en première instance. Qu'il se réserve l'usage des remèdes modernes pour le moment où les anciens manquent leur effet. S'il agit différemment, s'il commence toujours par les nouveaux, il dédaigne tous les résultats précieux tant de sa propre expérience que de celle de ses prédécesseurs; il commence, pour ainsi dire, *de novo;* et la première conséquence d'une telle manière d'agir sera qu'il ne guérira pas ses malades, et la seconde qu'il n'en aura pas à guérir.

Anomalie compliquant l'opération de la taille. Poche prostatique. Observation communiquée par M. Lizars, à Édinburgh.

James Brown, d'une assez bonne apparence de santé, âgé de 59 ans, entré à l'hôpital le 29 décembre 1835, présentait les symptômes ordinaires du calcul vésical, dont il disait avoir souffert pendant les derniers huit mois. Il avait déjà séjourné dans l'hôpital, sept mois auparavant, lorsque le service était encore fait par feu M. Turner, qui sonda le malade, sans pouvoir trouver de pierre. Le lendemain de son entrée il fut sondé avec beaucoup de soins; je ne sentais pas de pierre; la vessie offrait des inégalités. Je lui fis appliquer des sangsues à la région génitale, et prendre des bains tièdes; il prit à l'intérieur l'eau alcaline et l'uva ursi; et plus tard nous appliquâmes un séton à la région sus-pubienne. Après avoir combattu l'irritation par ces moyens, nous distinguâmes la pierre en sondant de nouveau. La taille latérale fut aussitôt décidée pour le lendemain.

Ayant fait tous les préparatifs nécessaires et constaté encore une fois la présence d'une pierre, il me fut impossible en voulant introduire un gros cathéter dans l'urètre de le faire passer par la portion prostatique de ce canal. Une autre sonde entra apparemment dans la vessie; son manche du moins, était dégagé et mobile. Après l'avoir confié aux mains d'un de mes collègues, qui la maintenait dans sa position au-dessus du pubis, je commençai à pratiquer une incision sur la portion membraneuse de l'urètre. Je croyais diviser le lobe gauche de la glande prostatique, qui était dure, cartilagineuse, et remplie de concrétions calcaires. J'entrai avec mon doigt, qui guidait mon scalpel, dans une cavité que je pris pour celle de la vessie urinaire; un peu de liquide, pris pour des urines, s'en écoula et je fis retirer le cathéter. Après avoir introduit mes tenettes dans la supposition de trouver un calcul tel que l'exploration par la sonde me l'avait fait attendre, je ne

découvris que des petits calculs variant depuis le volume d'un grain de millet jusqu'à celui d'un pois. Mon doigt distingua une poche aussi volumineuse qu'une vessie urinaire, qui contenait un grand nombre de petits calculs. — J'introduisis alors un cathéter qui, étant entré dans la poche, passa dans la vessie, et aussitôt les urines s'en écoulèrent. Je divisai immédiatement le col de la vessie et réussis à en extraire un calcul du volume d'un pruneau aplati. — Les premières incisions dans la poche avaient duré à peu près une minute; une autre minute fut nécessaire pour pratiquer la seconde incision et accomplir l'extraction du calcul; quinze à vingt minutes furent employées pour l'exploration de la poche.

Aucun symptôme fâcheux n'a suivi l'opération; nous sommes maintenant au dixième jour et l'état du malade ne saurait être plus satisfaisant.

La poche anormale, qui a rendu ce cas si compliqué, ne peut avoir été que la capsule fibreuse externe du lobe gauche de la prostate, dilatée au point d'avoir acquis le volume d'une vessie urinaire.

M. Crosse dit dans son ouvrage sur les calculs urinaires (p. 34): « Les concrétions prostatiques commencent à se former dans les conduits de cette glande, souvent à quelque distance de leur orifice urétral, quelquefois au fond même d'un conduit; ces concrétions continuent à grossir, jusqu'à ce que chaque conduit s'est élargi en forme de poche et empêche ainsi le passage de la concrétion dans l'urètre. Souvent l'orifice étroit, par lequel la poche communique avec l'urètre, se ferme par l'effet de l'inflammation et d'une exsudation lymphatique. La poche étant une cavité sécrétoire, les matières peuvent s'y accumuler et la dilater dans la direction où il y a le moins de résistance; et c'est généralement vers la surface latérale ou postérieure de la prostate. »

Aussi Wilson, dans son ouvrage sur les organes urinaires (p. 353), dit « avoir observé un calcul urinaire du volume d'une grosse olive dans une cavité de la glande prostate, où il était si étroitement enfermé qu'il ne fut pas possible de le pousser dans le canal de l'urètre et que par conséquent, toute la glande prostatique fut changée en une capsule, qui l'entourait. »

Je possède en outre dans ma collection une préparation présentant des kystes extérieurs à la vessie urinaire, dont l'un peut contenir de quatre à cinq onces de liquide; ces kystes communiquent avec la vessie. Dans une autre préparation, le lobe droit de la prostate forme une capsule unique.

Observation de vagitus uterinus.

Dans un ouvrage de M. Collins, intitulé : *A practical Treatise on Midwifery*, qui vient de paraître, on lit l'observation intéressante d'une rupture de l'utérus ou du vagin, compliquée d'un *vagitus uterinus*. Le sujet de cette observation était une femme, qui depuis 36 heures se trouvait en travail d'un second enfant (son premier enfant était né vivant). Les douleurs n'étaient pas violentes et la tête ne s'était pas encore engagée dans l'excavation du bassin. Le pouls était accéléré; la femme avait l'air d'être inquiète et agitée; ses forces commençaient à décliner; ses traits se grippaient; les extrémités devenaient froides et livides; des vomissemens avaient lieu. Tout cet assemblage de symptômes alarmans était survenu dans l'espace d'une heure.

On acheva immédiatement l'accouchement à l'aide du crochet. Comme il n'y avait guère de doute qu'une rupture avait dû se faire, on introduisit la main pour en constater l'étendue; on ne pût cependant la découvrir. La malade succomba 17 heures après l'accouchement.

A l'autopsie on trouva une rupture d'environ deux pouces en avant et à gauche, qui s'étendait de la réunion de l'utérus et du vagin en haut dans une direction longitudinale et se limitait à la substance musculaire de l'utérus, sans intéresser le feuillet péritonéal Une quantité considérable de sang se trouvait épanchée entre ce feuillet et la substance musculaire près de la partie déchirée. La cavité abdominale contenait aussi une certaine quantité de sang. Les intestins étaient fort injectés. La circonstance la plus remarquable dans ce cas fut la *respiration* et *les cris de l'enfant, pendant qu'il se trouvait encore dans l'utérus;* on entendait l'une et les autres aussi distinctement que possible quatre heures avant la délivrance; on distinguait même les cris à une distance de quelques pieds du lit de la femme. Ces faits se sont passés en présence de l'auteur, de ses médecins adjoints et de plusieurs élèves, et ont même été constatés par l'examen stéthoscopique. Au moment, où on observait ce phénomène, la tête se trouvait au détroit supérieur du bassin; les parties molles étaient en partie dilatées, et peu de temps s'était passé depuis l'écoulement des eaux.

Les cris furent tellement distincts que l'auteur croyait trouver l'enfant au-dessous de la couverture du lit. N'ayant d'abord pas voulu ajouter foi à ce singulier phénomène, le scepticisme de l'auteur a été ébranlé par ce fait indubitable, qui vient encore prouver l'incertitude de quelques-unes des preuves supposées les plus sûres pour constater la mort violente d'un enfant nouveau-né.

Sur la pathologie du ramollissement du cerveau; par J. Gay.

De tous les organes, le cerveau est peut-être celui qui présente le plus de difficultés au pathologiste qui cherche à se rendre compte des rapports qui existent entre les symptômes et l'altération. Malgré toutes les recherches faites jusqu'ici sur ce sujet, nous n'observons pas moins souvent qu'autrefois une divergence immense, qui sépare les phénomènes observés pendant la vie et la nature des apparences morbides trouvées après la mort. Combien n'observe-t-on pas souvent des résultats funestes qui surviennent à la suite des désordres

simplement fonctionnels et sans altérations organiques? et d'autre part ne voyons-nous pas aussi fréquemment une désorganisation étendue qui n'a été précédée d'aucun de ces signes graves qui en auraient pu faire soupçonner l'existence? L'étude pathologique de tout organe s'appuie sur l'étude de sa conformation, de sa situation relative, de ses propriétés physiques, de sa structure interne et de ses fonctions vitales. Mais dès qu'on examine le travail morbide à lui seul et hors de connexion avec l'état physiologique de l'organe malade, on court le danger de mystifier la nature de l'action morbide, au lieu de l'éclaircir.

En examinant des portions du cerveau dans différens états de ramollissement, nous trouvons que le travail morbide qui y donne lieu, consiste en une dégénérescence graduelle de la portion affectée, qui passe de sa consistance primitive à un état de liquescence complète. Dans le premier degré de cette altération, les particules semblent perdre la cohérence qui les liait ensemble, deviennent molles et enfin fluides. Pendant que ce changement morbide a lieu, toutes les apparences de disposition régulière disparaissent peu à peu, et le même travail destructeur ne tarde pas à envahir et à détruire entièrement les divers tissus essentiels au maintien de la vitalité, de la nutrition et de la fonction. Les auteurs font mention encore d'une autre période de la maladie, pendant laquelle, suivant eux, s'opère la séparation entière de la masse ramollie des tissus environnans, la formation d'une excavation tapissée quelquefois par une membrane mince, et enfin l'absorption du fluide et la réparation. Ma propre expérience cependant ne m'a rien appris à l'égard de ces derniers changemens. L'altération en question dépend de deux états très-différens du système vasculaire du cerveau, savoir, d'une augmentation ou d'une diminution de son activité. On reconnaît le premier de ces états, (inflammatoire) par la couleur, qui présente encore une foule de nuances, et par son étendue circonscrite. Les couleurs se laissent réduire à deux fondamentales, le *rouge* et le *jaune;* les nuances peuvent provenir de pus, de sérosité ou de sang, mêlés en différentes quantités et proportions avec le tissu ramolli du cerveau. Quelquefois cependant la rougeur se borne aux parties environnantes, qui, incisées font apercevoir une foule de points rouges, rassemblés en paquets. Les canaux vasculaires semblent s'être oblitérés par suite d'un travail de la nature, destiné peut-être à prévenir l'hémorrhagie. L'étendue de cette rougeur n'est jamais très-grande, puisque l'action phlogistique de la substance cérébrale n'a pas la tendance de se répandre au loin. Le ramollissement dépend-il d'une diminution de l'activité vasculaire, il envahit une plus grande partie du cerveau, ordinairement un hémisphère et cette partie conserve sa couleur pâle; quelquefois cependant à cause de l'inégalité de la distribution du sang, la partie affectée présente des taches, sans que pour cela on observe d'autres signes d'une quantité augmentée de sang. Considérées dans leur ensemble, ces altérations semblent corroborer les conclusions suivantes, savoir : que là, où il y a ramollissement du cerveau, quel que soit son siége et quelle que soit sa variété, là, dis-je, l'intégrité de la masse est tellement détruite qu'elle n'a plus conservé la faculté de pouvoir accomplir ses fonctions. Ne coopérant plus dès lors avec les parties organiques environnantes et saines à l'innervation, cette masse équivaut tout à fait à une matière hétérogène et doit par conséquent altérer la configuration générale et embarrasser les actes du système cérébral; cette masse, en peu de mots, a cessé de vivre. Est-il probable ou est-il même possible qu'une masse désorganisée de cette sorte, possède les conditions nécessaires, pour conserver sa vitalité? Le sang peut-il circuler, la chaleur animale peut-elle se développer, les fonctions nerveuses peuvent-elles avoir lieu dans un liquide trouble, qui bien des fois ne conserve plus même la trace de vaisseaux sanguins?

Or, nous pouvons faire ici un rapprochement entre la perte de vitalité dans une partie de cet organe avec le sphacèle dans d'autres parties du corps. Il est encore un autre fait, qui vient justifier ce rapprochement; je veux parler ce ce que, lorsqu'on laisse un cerveau dans le crâne pendant deux ou trois jours après la mort, on lui trouve toujours les mêmes apparences de ramollissement. C'est ainsi que Baillie, dans son anatomie pathologique, dit que le cerveau prend après la mort le caractère d'une *bouillie.* Ne passons cependant pas outre les différences qui existent entre cet état et le sphacèle dans d'autres parties, n'oublions pas en ce qui concerne le premier, l'absence de l'odeur fétide et de la couleur foncée. Le défaut de cette dernière dans le ramollissement cérébral dépend de la nature particulière du tissu cérébral; et l'absence de l'odeur fétide provient de ce que le tissu ne se trouve pas exposé à l'action de l'air. Cela me fournit l'occasion d'appliquer ici la distinction, fondée sur cette absence d'odeur, entre la mort simple des parties et la mort, lorsqu'elle est accompagnée de décomposition; la première, nous la rencontrons dans le ramollissement du cerveau et la dernière dans une extrémité sphacélée.

Nous savons donc que le sphacèle peut être la conséquence d'une diminution extraordinaire de l'action vasculaire dans tout organe ou tissu. Cependant cela arrive rarement en comparaison, si nous en exceptons le cerveau, où cette condition de la circulation est effectivement souvent suivie de la mort d'une partie. D'autre part, nous venons de voir que l'action inflammatoire, aussi bien que la diminution de l'action vasculaire peut donner lieu au ramollissement cérébral. Or, cette altération doit son origine à ces deux différens états de la circulation, qui en constituent les causes immédiates. Quelles sont alors les causes qui prédisposent à ce genre de terminaison et comment opèrent-elles? Voici celles qu'on peut regarder comme les plus importantes : l'âge, le sexe (les hommes y sont plus disposés que les femmes), une constitution pléthorique, surtout lorsque l'individu a des habitudes sédentaires ou qu'il possède un certain embonpoint; l'agitation morale; la suppression d'évacuations habituelles; les

maladies d'autres organes, surtout du cœur, des poumons et des reins; et enfin la disposition vasculaire du cerveau même. Cette dernière cause me semble mériter le plus d'attention, puisque c'est celle qui offre l'explication la plus satisfaisante du phénomène en question. Un des caractères les plus saillans du cerveau, c'est la solidité de son enveloppe (le crâne), qui le protége contre l'action des causes externes; et cette solidité me semble avoir des rapports intimes avec la disposition de système vasculaire du cerveau. On a dit que de tous les organes du corps le cerveau reçoit le plus de sang; et cela est vrai sous quelque rapport, quand on parle collectivement du cerveau et de ses enveloppes membraneuses. Mais les différentes parties de cet organe sont aussi douées de différens degrés de vascularité. Béclard nous apprend, en parlant des vaisseaux capillaires qu'ils sont plus nombreux dans les enveloppes du cerveau et dans sa substance grise, que dans la substance médullaire, et que la substance grise de l'encéphale et des ganglions nerveux possède un grand nombre de vaisseaux capillaires de toute grosseur. La substance blanche, au contraire, soit du cerveau, soit des nerfs, ne possède que des très-petits vaisseaux capillaires, et ceux-ci sont dans une moindre proportion. Dans un autre endroit, où ce même auteur parle de degrés relatifs de la vascularité, il range la première immédiatement à côté des poumons, les organes les plus vasculaires du corps; la substance grise, il la range dans sa classification à côté des glandes et avant les muscles; mais la substance médullaire se trouve entre le tissu adipeux et les os. Or, nous voyons que la partie médullaire du cerveau, celle qui est le plus fréquemment le siége du ramollissement, n'est pourvue que d'une quantité fort peu considérable du fluide circulatoire.

Dans un corps organisé et animé il y a lutte perpétuelle contre toutes les forces, qui tendent à interrompre ses fonctions ou à anéantir son existence. Le maintien de la vitalité dans tout organe ou tissu semble dépendre de l'action réciproque de la circulation et de l'innervation; l'intensité de la vitalité dépend du degré que tel organe ou tel tissu occupe dans l'échelle de l'organisation. Or, lorsque l'organisation est en elle-même très-parfaite et qu'elle est douée d'un haut degré de vitalité indépendante, elle possède toutes les garanties possibles contre l'invasion et les effets de l'action morbide. La quantité de sang qui circule dans une partie, lorsqu'elle est saine est une sorte de *critérion* pour le degré de son énergie vitale: cela explique pourquoi après l'enlèvement d'un membre une personne qui avait été faible et malade jusque-là, peut devenir robuste et vigoureuse; pourquoi les parties sont prêtes à tomber en sphacèle, aussitôt que leur circulation éprouve des obstacles. Or, nous venons de dire que la partie médullaire du cerveau ne possède qu'une fort petite quantité de sang circulatoire: par conséquent, sa vitalité indépendante est faible, et il a fallu l'enveloppe solide d'une boîte osseuse pour défendre le cerveau contre une foule d'agens externes et pour remplacer ainsi un principe de résistance, inhérent à d'autres organes et manquant au cerveau. Mais c'est précisément cette même circonstance que j'attribue la fréquence de la perte de vitalité dans le cerveau, et surtout dans sa substance médullaire, souvent produite par des légers degrés d'excitation vasculaire. Sa vitalité étant inerte, l'influence de l'action morbide est naturellement plus grande; et dès que le degré de désordre est supérieur au degré de résistance, il faut inévitablement que la mort s'en suive. Parmi les autres causes prédisposantes, les habitudes et l'âge semblent celles dont l'influence est la plus marquée. Personne n'ignore combien peu les personnes adonnées à des excès ou affaiblies par l'âge résistent à des maladies même légères. Or, si déjà d'autres parties se ressentent de ces circonstances, combien plus encore se feront-elles sentir à une partie, qui même dans la vigueur de la jeunesse et dans des constitutions robustes ne supporte pas facilement le souffle destructeur de la maladie!

Nous appelons causes immédiates celles qui excitent directement l'inflammation, soit aiguë, soit chronique; ou celles qui retardent l'afflux du sang vers le cerveau, ou troublent l'équilibre de la circulation; telles sont des coups portés sur la tête, des tumeurs, l'extravasation du sang, des concrétions scrophuleuses, l'ossification des canaux artériels ou veineux, la compression de leurs parois, et des évacuations générales considérables. Je crois donc avoir démontré que c'est l'organisation naturelle du cerveau lui-même qui prédispose cet organe à être facilement affecté par les agens nuisibles de tout genre et à ne pas supporter l'excitation phlegmasique; et que lorsque cette dernière existe, il y a tout lieu de craindre qu'elle ne se termine par la mort de la partie. La probabilité d'un pareil résultat sera en raison directe du degré de l'inflammation; cette probabilité augmentera encore, si l'inflammation se déclare chez un individu dont la constitution a été affaiblie par l'âge ou par les excès. S'il y a augmentation ou diminution de l'action circulatoire du cerveau, ces deux causes prédisposantes aideront toujours dans l'un et l'autre cas à développer le ramollissement.

Quant aux symptômes du ramollissement (en suivant leur apparition depuis le début de la maladie jusqu'à sa fin), je peux les diviser d'après ce que j'ai observé, en deux classes distinctes, qui diffèrent fondamentalement l'une de l'autre. Dans la première classe je range une foule de symptômes produits par l'inflammation chronique ou aiguë, lorsque la maladie est de nature idiopathique; ou par l'affection spéciale du cerveau, qui donne lieu à l'inflammation. Ces symptômes ne présentent évidemment pas un caractère uniforme, leur diversité dépendant de la différence des causes excitantes. La durée de cette période est plus ou moins longue, selon le degré du désordre fonctionnel et d'autres circonstances concomitantes. Le second ordre de symptômes se dessine mieux et présente en général les mêmes indications pour chaque cas individuel. Leur durée est prolongée. Ces symptômes qu'on trouve combinés de diverses manières sont les suivans: une faiblesse extraordinaire, du délire, du coma, des convulsions et

la paralysie. On peut les comprendre sous les chefs d'affaissement des forces et de compression cérébrale. Ces symptômes ne persistent en général pas au delà de quelques jours, quand la mort vient les interrompre. Cependant je les ai vus se continuer douze et même quinze jours en s'aggravant toujours de plus en plus. Telle doit, en effet, être la marche des symptômes, s'il est vrai que le ramollissement équivaut à la mort de la partie lésée; car toutes les fois que la masse perd les propriétés de la vie, elle doit exercer aussi les mêmes effets sur les tissus circonvoisins sains. M. Bright adopte dans ses excellens travaux sur le cerveau la même manière de voir. Il dit que les symptômes sont en général ceux de la compression avec convulsion, mais qu'on ne peut considérer ni ces symptômes, ni la douleur qui se manifeste préalablement dans les parties, affectées plus tard de paralysie, comme conditions essentielles du ramollissement du cerveau, état apparemment dépendant de différentes causes; et après avoir cité un grand nombre de ces causes, M. Bright ajoute : « que le ramollissement partiel doit son origine à une foule de causes et à une étendue considérable du travail pathologique; quelque grande que soit dans tous les cas la ressemblance des symptômes qui annoncent la désorganisation et qui prouvent la compression et l'interruption de l'innervation, les symptômes qui marquent l'approche et les progrès de l'altération n'en seront pourtant pas moins très-différens. »

Si nous attachons quelque importance aux manifestations symptomatiques de la maladie (et ce n'est que par sa combinaison avec l'observation scrupuleuse des symptômes que l'étude de l'anatomie pathologique devient réellement utile); si, en outre, nous ne rencontrons pas de contradictions dans les conclusions tirées de ces deux sources de nos connaissances pathologiques, il s'en suit que les faits que nous venons d'énumérer, viennent rendre notre théorie en quelque sorte admissible. Dans quelques cas j'ai eu occasion d'observer le premier ordre de symptômes prononcé d'une manière très-marquée et indiquant une affection chronique du cerveau ou de l'une ou l'autre partie cérébrale, en même temps que l'ordre des symptômes qui se montraient à la fin de la maladie, n'annonçait pas d'une manière moins équivoque l'existence de la désorganisation en question; et alors, en effet, aucune altération de ce genre ne fût trouvée.

Quelques auteurs, entre autres M. Tims, ont avancé que cette maladie est susceptible de guérison et que cette terminaison a même fréquemment lieu. Il me semble en effet, que dans toutes les altérations morbides la nature elle-même pourvoit à la guérison de la manière la plus admirable. Nous en avons des preuves manifestes dans des maladies plus accessibles à nos sens, comme par exemple dans quelques espèces de maladies des articulations, où la nature paraît préparer l'ankylose de l'articulation par la résorption du cartilage, sans quoi le travail de l'ossification ne pourrait s'établir, ni la réunion des deux extrémités osseuses s'effectuer. C'est par le même principe que dans le ramollissement du cerveau la fluidité de la masse cérébrale semble annoncer un état préparatoire, qui la rend propre à être résorbée plus promptement et plus facilement.

Un mot encore pour les partisans de l'opinion que le ramollissement est une maladie *sui generis*. Une maladie *sui generis* ne peut pas exister sans travail morbide. Tout ce qui est action morbide n'a rien de commun avec la perte de la vitalité. Les parties, qui sont le siège d'un travail morbide, sont organisées et vivantes; c'est leur travail de nutrition, qui est perverti, et l'altération de la structure en est le résultat. Dans le ramollissement du cerveau, au contraire, toutes les traces des vaisseaux, ainsi que les autres signes d'une organisation active, ont en général entièrement disparu; et si les vaisseaux eux-mêmes n'ont pas disparu, ils présentent toujours un aspect déchiré.

Les tissus altérés sont ordinairement susceptibles de pouvoir être injectés. Mais il est impossible de faire passer une injection dans les vaisseaux de matière cérébrale ramollie, celle-ci est effectivement morte. Plusieurs anciens auteurs, comme Bonetus, Morgagni, et de nos temps, Baillie et Rostan penchent vers la théorie qui envisage le ramollissement comme un état analogue au sphacèle; jamais cependant, il me semble, on a fait jusqu'ici ressortir la difference des symptômes et leur durée relative, qui servent à distinguer l'affection primitive et la désorganisation qui en résulte.

Tumeur anévrysmale développée dans l'orbite; ligature de l'artère carotide primitive. Observation communiquée par G. Busk, chirurgien attaché à l'hôpital de la marine.

Richard Simmons, âgé de 20 ans, matelot, transporté à l'hôpital le 13 juillet 1835, présentait les symptômes ordinaires d'une commotion du cerveau, accompagnée d'une hémorrhagie très-considérable par l'oreille droite, et une petite plaie derrière l'oreille gauche. Ces accidens étaient la suite d'un coup violent, porté avec le harpon (gaff) du vaisseau auquel il appartenait, sur le côté droit de la tête. Il était tombé immédiatement dans un état d'insensibilité complète. A son arrivée à l'hôpital il était encore presqu'entièrement insensible, pâle et froid et ne revint à lui qu'au bout d'une ou deux heures. L'hémorrhagie de l'oreille droite continua pendant toute la nuit. Le lendemain la sensibilité était entièrement revenue, le malade paraissait encore stupide, mais ne se plaignant de rien. Les pupilles étaient naturelles.

Le 15 juillet. La stupidité continuait encore; il y avait surdité complète de l'oreille droite; les paupières et les tégumens du contour de l'orbite gauche étaient gonflées; elles n'étaient ni décolorées ni douloureuses. La pupille de l'œil gauche était dilatée et immobile; sans que la faculté visuelle eut subi de l'altération; le malade était cependant incapable de mouvoir le globe oculaire dans l'un ou l'autre sens et les muscles du côté gauche de la face étaient légèrement paralysés.

18. Une légère récrudescence des symptômes inflam-

matoires, qui a cédé en peu de temps aux moyens employés. La pupille était devenue irrégulière, en s'alongeant en bas; la vue n'était plus tout à fait distincte. De temps à autre on observait un mouvement rotatoire et très-partiel de l'œil, qui semblait être produit par l'action involontaire du muscle oblique supérieur. Le malade se plaignait d'un peu de mal de tête, borné principalement au côté gauche. La bouche commença à s'affecter par le mercure (le 21) dont il faisait usage.

24 Juillet. Le mal de tête était peu considérable; mais le côté gauche de la face était engourdi; le malade se plaignait d'une grande sécheresse de la bouche, quoique la langue fut très-humide. Une quantité considérable de pus s'écoulait par l'oreille droite.

Le 25, les tégumens du côté de la face et de la tête jusqu'au vertex étaient extrêmement sensibles au toucher, sans qu'on y remarquât d'autre apparence morbide. La paralysie n'était changée en rien. Le 28 inflammation et gonflement œdémateux de la conjonctive de l'œil gauche; et le 31, infiltration purulente entre les lamelles de la cornée à sa partie inférieure, avec opacité nébuleuse: l'œil était beaucoup moins douloureux et le mal de tête avait disparu. La santé du malade était en grande partie rétablie.

Mais bientôt il commença de nouveau à se plaindre de singuliers bruits dans l'oreille, par laquelle il se faisait encore une sécrétion purulente, la surdité était très-forte. L'œil était sans douleur, mais l'onyx avait augmenté de volume. Au commencement de septembre il y avait paralysie et perte de sensibilité complète. Les lamelles antérieures de la cornée avaient percé et le siége de l'abcès était occupé par un ulcère profond mais de bon aspect. Le malade gagna la petite-vérole et alla plus tard à la campagne.

Il se présenta de nouveau le 1er février, pour faire examiner son œil; l'auteur de l'observation sentit une pulsation distincte, en pressant sur le globe; profondément dans la partie supérieure et interne de l'orbite se trouvait une tumeur solide et pulsative, qui dans son plus long diamètre semblait avoir environ un demi-pouce; cette tumeur était située entre le muscle élévateur de la paupière et la paroi osseuse et ne se montrait pas à l'extérieur, sinon lorsqu'on soulevait la paupière, où elle occasionnait une légère saillie de la conjonctive.

La pulsation de la tumeur était accompagnée d'un frémissement très-marqué, qu'on distinguait aussi en pressant les parties immédiatement circonvoisines. En appliquant le stéthoscope on entendait un sifflement anévrysmatique, qu'on distinguait encore en appuyant l'instrument sur l'angle interne de l'autre œil et sur le côté gauche de l'os frontal jusqu'au niveau des cheveux et jusque derrière l'oreille.

Le malade disait en même temps entendre dans sa tête et dans l'oreille gauche des bruits, qui ressemblaient aux sons des cloches. Ces bruits continuels le tourmentaient plus que toute autre chose. L'œil était chaud et gêné, mais pas douloureux.

La pulsation et les bruits de l'anévrysme, ainsi que les bruits dans la tête pouvant être arrêtés par une pression exercée sur l'artère carotide primitive gauche, l'auteur résolut d'en faire la ligature comme la seule ressource qui pouvait amener une guérison permanente. Après une saignée préparatoire de 20 onces, l'opération fut pratiquée le 2 février; de suite après avoir serré la ligature, la pulsation et les bruits de l'anévrysme, ainsi que les bruits intérieurs cessèrent. Dans la soirée, quatre heures après l'opération, on ne distinguait qu'une pulsation obscure dans la tumeur. A l'aide du stéthoscope on entendait encore distinctement le sifflement. Il n'y avait pas de pulsation dans l'artère temporale; les bruits internes étaient par intervalles aussi forts qu'avant la ligature de l'artère; de temps à autre ils avaient presque disparu; le malade avait beaucoup de douleur en avalant, le pouls était à 115. Le malade prit un demi-gros de *liq. opii sedativus* et des compresses mouillées furent appliquées sur le front et sur l'œil. Le 3 février, le matin, la pulsation était très-obscure et la diminution des bruits considérable. Le malade n'avait pas dormi et se plaignait beaucoup de douleur en avalant, de toux et d'une forte sensibilité dans l'hypocondre gauche. La toux, qui le tourmentait, datait depuis très-longtemps; le pouls était à 120 et brusque. Vingt onces de sang furent tirées, et cette évacuation fut immédiatement suivie de soulagement, qui se prononça davantage dans la soirée. Le 4 on ne sentait plus de restes de la tumeur; toute pulsation avait disparu des orbites; on n'en distinguait même plus au moyen du stéthoscope. Les bruits internes avaient cessé et l'ouïe était un peu revenue; pouls à 100 et mou; peau moite; langue nette. L'hypocondre gauche était libre de douleur; mais le malade en ressentait dans l'hypocondre droit en toussant. En enlevant les fils de la suture, on trouva la plaie en grande partie réunie. Dans la soirée, la toux était quelquefois intense et accompagnée d'expectoration muqueuse; le malade rapportait sa douleur au diaphragme; pouls 120, sans résistance; peau morte. A cause de la constipation, le malade prit un peu de calomel avec l'extrait composé de coloquintes et un mélange de sulfate de magnésie et de teinture de digitale.—5. Il se trouve très-bien; il a eu plusieurs évacuations; la face est pâle, le pouls à 100; l'œil moins proéminent.—6. Il se sent faible, mais sans douleur aucune; presque plus de toux. La conjonctive est beaucoup moins injectée qu'avant l'opération; la cornée est plus transparente. Un peu de sang caillé est sorti dans la nuit par la narine gauche; pouls 90. — 7. Pouls 80; les lèvres de la plaie sont ouvertes; celle-ci est remplie de bonnes granulations; le malade dort bien; sont appétit est parfait; la ligature tombe le 15. Le 18, la plaie est presque cicatrisée; le malade ne se plaint ni de douleur, ni de malaise; mais de faim et de faiblesse. On ne lui donne pas encore de viande; pouls 70 et mou. On ne peut plus découvrir de traces de l'anévrysme; l'œil est tout à fait rentré dans l'orbite. La moitié supérieure de la cornée est tout à fait transparente; la partie inférieure est occupée par un leucôme épais, au centre duquel se rend un gros vaisseau rouge de la conjonctive; cette membrane n'est guère injectée; le malade voit à travers la partie trans-

parente de la cornée, lorsque la paupière est soulevée ; la pupille est naturelle.

Le côté gauche de la face est tout à fait paralysé ; mais la sensibilité est intacte, sauf le côté gauche du nez, où il sent des douleurs lancinantes, lorsqu'on y touche. Le globe de l'œil est immobile ; le malade est encore très-sourd, mais davantage de l'oreille gauche que de la droite. Il n'entend plus de bruit dans la tête. Ses facultés intellectuelles n'ont jamais souffert. La pulsation est très-distincte derrière la portion inférieure du muscle sterno-cléïdo-mastoïdien et provient probablement de l'artère sous-clavière.

Observation de rupture de l'utérus, suivie de guérison ; communiquée par M. Currie.

Je fus appelé le 1er novembre 1834 à sept heures du matin, chez madame Rook, âgée de 28 ans, et d'une constitution saine et robuste, qui se trouvait en travail de son troisième enfant. Arrivé chez elle à neuf heures, je la trouvai ayant des douleurs très-intenses ; l'enfant se présentait par les fesses à l'orifice externe de l'utérus. Les membranes s'étaient rompues au moment où on m'avait envoyé chercher; en peu de minutes les contractions de l'utérus expulsèrent les fesses; les douleurs continuèrent avec intensité jusqu'à ce que l'enfant fut descendu jusqu'au nombril; tout à coup elles cessèrent ; la malade pâlit et vomit à plusieurs reprises. Ne prenant encore ces symptômes que pour effets de l'épuisement, je fis donner à la malade un peu d'eau-de-vie avec de l'eau, ce qui la ranima à un certain point.

Pendant que j'attendais le retour des douleurs, l'enfant fut saisi de contractions des membres. Craignant qu'il mourut, je résolus de terminer l'accouchement. J'avais à peine exercé quelques tractions que l'utérus recommença à se contracter, mais si faiblement qu'il me fallut employer tous les efforts compatibles avec la sécurité de l'enfant, pour achever l'accouchement. La femme était dans le dernier épuisement. Après m'être assuré qu'il n'y avait pas d'hémorrhagie, je donnai mes soins à l'enfant, afin de le ranimer. En tenant le cordon ombilical, je sentis un tiraillement qui me fit croire qu'il y avait peut-être un second enfant ; et ce qui rendait ce diagnostic vraisemblable c'était la distension énorme de l'hypogastre. En introduisant ma main dans les parties génitales, j'eus beaucoup de peine à vaincre la constriction du col de l'utérus ; au-delà du point de la contraction cet organe était tout à fait relâché. Le placenta adhérait intimement à la région droite et latérale de l'utérus. En voulant détacher ses adhérences du fond de la matrice, quel fut mon effroi de rencontrer les intestins ! En avançant le doigt je sentais le péritoine. Je dégageai de suite les intestins des bords déchirés de la plaie de l'utérus et cherchai à achever la séparation du placenta. Mais je ne pus qu'en séparer le tiers à cause d'une syncope qui survint et qui ne me permit plus de continuer mes manipulations. L'hémorrhagie étant considérable, j'eus recours au tamponnement du vagin, comme dernière ressource, afin d'empêcher l'écoulement sanguin au dehors et de favoriser ainsi la formation d'un caillot.

Croyant la malade perdue, j'administrai des remèdes cordiaux, pour relever ses forces autant que possible. Elle eût plusieurs syncopes dans le cours de la journée. Le lendemain j'enlevai le tampon. Un collègue avec qui je consultai m'engagea d'extraire le reste de l'arrière-faix ; le soir j'en ôtai, au moyen du doigt un ou deux petits morceaux, situés dans la partie supérieure du vagin ; mais je n'osai introduire la main plus haut à cause de la grande sensibilité des parties. L'abdomen était un peu sensible et ballonné. M. Blackburn, médecin consultant, insistant néanmoins toujours encore sur l'extraction du placenta, je le priai le 3 novembre au soir d'en faire lui-même l'essai. Il introduisit la main, et saisit ce qu'il prenait pour les membranes ; il retira sa main ; c'était une portion d'intestins qu'il avait saisie et qui fut remise en place aussi vite que possible. Dès-lors nous ne pensâmes plus à la possibilité d'une guérison.

Le pouls de la malade était de 120 à 150, petit, filiforme et facile à déprimer. Le quatrième jour survinrent des vomissemens d'un fluide noir et semblable au marc de café. L'abdomen était fort distendu et douloureux à la pression. L'affaissement croissant de la malade nous détermina à continuer néanmoins l'usage des spiritueux. N'ayant pas eu d'évacuation depuis le premier jour de son accouchement, elle prit une dose d'huile de ricin. Nous craignîmes un étranglement d'une anse intestinale. Une évacuation eût lieu le soir ; le vomissement cependant ne cessa pas jusqu'au lendemain, seize heures après qu'il avait commencé. L'amélioration continua pendant trois jours consécutifs, tout en faisant usage de vin, de bouillons, et des opiacés, donnés le soir. Le vomissement reprit encore une fois et dura pendant dix heures, mais pas avec la même violence que la première fois. Dès-lors l'amélioration fit des progrès rapides. Depuis le second jour après l'accouchement la sécrétion vaginale était de couleur foncée, grumeleuse, d'une odeur extrêmement fétide ; plus tard elle devint blanchâtre, de consistance crémeuse et continua ainsi jusqu'au 17 décembre. Au bout de trois semaines la malade put se lever.

J'ai depuis, souvent vu la malade, et bien qu'elle ne soit pas aussi robuste qu'autrefois, elle ne jouit pas moins d'une excellente santé. Elle allaite encore son enfant et n'a pas été réglée depuis.

Je ne saurais préciser l'étendue de la rupture de l'utérus ; elle m'a semblé cependant avoir été au moins de huit à neuf pouces.

Deux mois avant l'accouchement, la malade avait été affectée d'une douleur dans la région iliaque droite, qui s'était déclarée à la suite d'une chute. Il ne serait pas impossible que l'irritation consécutive à cet accident eut donné lieu à la formation d'adhérences intimes entre l'utérus et le placenta, qui empêchèrent la substance utérine de se contracter librement au point d'attache du placenta.

THE LANCET.

Leçons cliniques sur les maladies des articulations, faites par M. Tyrrell, à l'hôpital Saint-Thomas a Londres.

Première leçon. — Maladies de l'articulation coxo-fémorale.

Messieurs, plusieurs cas d'affections des articulations se trouvant dans ce moment en traitement dans notre clinique, j'ai choisi ce sujet pour vous soumettre dans ma leçon d'aujourd'hui quelques observations relatives à ces malades. Il n'y a peut-être pas de sujet en chirurgie, qui soit d'une importance plus majeure. Ces maladies entraînent souvent après elles les plus tristes conséquences, et le chirurgien ne peut pas mettre trop de soin à les reconnaître et à choisir à temps les remèdes appropriés pour les guérir.

Quant à présent, je vais appeler votre attention particulièrement sur quatre cas.

Ier *Cas.* — Le premier cas est celui d'un malade atteint d'une affection de l'articulation coxo-fémorale. Edward Carpenter, âgé de 56 ans, couché dans la salle d'Abraham, y est entré le 8 octobre. Il dit avoir toujours vécu d'une manière régulière. Dix jours avant son entré à l'hôpital, en soulevant un sac du poids d'environ trois cents livres, il éprouva dans la hanche gauche une douleur soudaine et violente, qui s'étendit jusqu'aux lombes et l'obligea de quitter son travail. La douleur n'ayant pas disparu le lendemain, un médecin lui appliqua des ventouses scarifiées aux fesses, qui furent suivies de quelque soulagement. Mais peu de temps après, le malade sentit une douleur au genou, s'étendant en bas le long du côté interne de la jambe jusqu'à la malléole interne. On eût alors recours à l'emploi des vésicatoires, sans qu'il en résultât beaucoup d'avantage.

Entré à l'hôpital, le malade se plaignit d'une douleur sourde, ayant principalement pour siége la partie antérieure et interne du genou; cette douleur s'exaspérait surtout vers le soir. La pression, exercée sur l'aîne, donnait lieu à une douleur intense. La fesse gauche était un peu aplatie. La douleur n'était pas considérable, quand on pressait sur la partie postérieure de la hanche. Le membre affecté était plus long que celui du côté opposé; et cette différence semblait être l'effet de l'obliquité du bassin. L'extrémité était en même temps légèrement maigrie. Toute espèce de mouvement provoquait de la douleur. La flexion ou l'extension de la jambe n'augmentaient pas la douleur du genou. Le sommeil était troublé par les douleurs. L'état général de la santé était satisfaisant.

Prescription. — Administration de temps à autre d'un purgatif, composé de séné et de sels neutres; application d'un moxa de la grandeur d'une pièce d'un *shilling* à l'aîne gauche, environ à un pouce du côté externe des vaisseaux fémoraux; un grain d'acétate de morphine à l'intérieur, afin d'alléger les douleurs et de procurer du repos. On recommande au malade de garder le lit.

13. Le malade a mieux reposé la nuit. La douleur du genou est un peu diminuée. L'escarre du moxa est séparée en partie.

La semaine suivante, il se plaint de douleur au côté interne du genou, s'étendant jusqu'au coude-pied. Il supporte mieux la pression. La sécrétion du moxa est peu considérable. Apprenant que le malade est habitué à prendre une certaine quantité de boissons stimulantes, j'ordonne d'ajouter à son régime une pinte de *porter* par jour.

27. La sécrétion du moxa est meilleure, la douleur a diminué de beaucoup. Les mouvemens de l'extrémité se font sans difficulté. Le pied du côté malade semble maintenant être de niveau avec l'autre. Les nuits sont bonnes, l'appétit et les sécrétions régulières, les intestins libres.

30. Le malade n'est pas tout à fait aussi bien. Douleur plus intense dans le genou. Il a peu reposé la nuit; le moxa a cessé de suppurer. Cette exaspération des symptômes s'explique par le changement du temps.

3 novembre. Douleur intense dans le genou, surtout à son côté interne. Douleur dans la hanche par la pression à la partie antérieure, moins forte à la partie postérieure.

Prescription. — Application d'un autre moxa, un peu au-dessous du premier.

11. L'amélioration a fait des progrès jusqu'à ce jour. La douleur dans le genou est très-modérée; la pression sur la hanche n'est plus douloureuse. Le malade sent un léger engourdissement au côté interne de la jambe; du reste il n'y a guère de symptôme qui indique l'affection de l'articulation.

IIe *Cas.* Septimus Carter, maçon, âgé de 19 ans, se livrant souvent à des excès, éprouva pendant qu'il travaillait, il y a environ cinq mois, une douleur assez intense dans le genou droit, qui l'obligea de discontinuer son ouvrage pour quelque temps. La douleur diminua par le repos et sans avoir disparu totalement et l'individu fut à même de reprendre ses occupations. Mais le lendemain la douleur s'éleva de nouveau dans le genou avec plus d'intensité et obligea le malade de chercher du secours. Des vésicatoires appliqués sur le genou ne produisant pas de soulagement, il entra à l'hôpital, le 8 octobre. Il se plaignait alors d'une douleur poignante, qui occupait la partie antérieure et interne du genou. L'articulation coxo-fémorale était douloureuse à la pression; le malade ne pouvait supporter un mouvement rapide d'ab-

duction du membre. Quoique l'extrémité malade ne paraissait pas plus longue que celle du côté opposé, on remarquait un léger aplatissement de la fesse correspondante. A cause de l'état de la langue, qui était chargée et de l'insomnie, le malade prit une petite quantité de calomel avec un demi-grain d'opium. Un *emplastrum lyttæ* fut appliqué à l'aîne.

14. Douleur du genou un peu diminuée; les nuits sont meilleures. La plaie du vésicatoire s'étant fermée, on en ordonne un nouveau. Une semaine après le malade ne ressent plus de douleur, sinon par la pression à la partie antérieure de l'articulation de la hanche. Mais six jours plus tard une rechute a lieu; nouvelle douleur dans le genou, surtout au côté externe. Douleur à la pression de la partie antérieure de l'articulation coxo-fémorale; sensation de malaise à chaque mouvement de la hanche.

J'ordonne l'application d'un moxa à l'aîne. Il n'y avait alors aucun indice de trouble de la santé générale.

3 nov. Douleur augmentée à la pression. Sensation d'engourdissement général du pied. Le malade, qui dit avoir éprouvé un froid, se trouve évidemment sous l'influence d'une excitation fébrile.

4. Les symptômes généraux de la fièvre augmentent; douleur intense de la tête; peau brûlante, langue converte, pouls accéléré, toux. (Potion effervescente.)

5. Le malade à passé une mauvaise nuit et se plaint d'une forte sensibilité à l'épigastre.

(Une dose de rhubarbe avec calomel; application d'un vésicatoire à l'épigastre).

6. Le repos du malade est troublé par la toux; l'épigastre continue à être sensible; mais la peau est moite; le pouls un peu moins dur; la langue se nettoie. J'ordonne, à cause de la toux et de la douleur, quelques doses de poudre de Dower, et un gros de spiritus ætheris nitrici, avec un gros de sirop de pavots et dix gros de mixtura camphorata, dans l'intention d'agir en même temps sur les sécrétions des reins, de la peau et des intestins.

Le malade passe une meilleure nuit, mais il se plaint encore de douleur dans le genou qui augmente au moindre mouvement de la hanche. On ajoute à chaque dose de la potion précédente vingt gouttes de vin d'ipécacuanha.

29. Sommeil interrompu par la douleur dans le genou et par la toux. Le malade s'est plaint hier de beaucoup de douleur dans le côté gauche de la région hypogastrique. Épigastre sensible. Respiration accélérée, pouls 84, facile à déprimer; peau fraîche, ventre libre. J'ai fait administrer une petite quantité de mercure et appliquer un vésicatoire sur l'hypocondre gauche. Tel est à présent l'état des choses; l'affection locale s'est aggravée. Nous profiterons de ce cas pour faire l'application de quelques observations pratiques que je vous soumettrai tout à l'heure.

IIIe *Cas.*—Le troisième cas est celui d'une inflammation chronique du ligament capsulaire de l'articulation coxo-fémorale. Thomas Lachey, âgé de 11, ans est reçu le 7 octobre dans la salle d'Abraham. Il dit avoir essuyé une douleur soudaine dans le genou gauche, il y a environ quatre mois, sans pouvoir en indiquer la cause. Cette douleur s'était toujours exaspérée vers le soir et après l'exercice. Reçu pour cette affection à l'hôpital Saint-Bartholomé, on lui appliqua deux cautères au-dessus de la hanche, sur le grand trochanter. Le malade se sentant soulagé et se croyant guéri sort de l'hôpital. Mais peu de temps après la douleur revient plus forte, et le malade, forcé de chercher du secours dans notre hôpital, se plaint de douleur à la partie antérieure de la hanche, qui augmente à la pression exercée sur le grand trochanter et à chaque mouvement de l'articulation. Quoique son sommeil soit agité, l'état général de sa santé est satisfaisant. L'intensité et la durée de l'affection me déterminent à avoir recours à l'emploi d'un moxa. Attendu la faiblesse générale du malade, je le soumets à un régime nourrissant. L'extrémité malade est plus longue que l'autre.

13. Amélioration considérable. Le pied du côté affecté dépasse encore un peu l'autre. La pression est légèrement douloureuse.

21. Il ne reste que très-peu d'alongement du membre. La douleur a disparu; le malade est, en résumé, beaucoup mieux.

29. Il peut marcher sans douleur. Les deux extrémités sont d'égale longueur. La fesse gauche est presque revenue à son volume naturel. Le malade se présente aujourd'hui comme guéri.

IVe *Cas.* C'est encore un cas d'inflammation chronique du ligament capsulaire de l'articulation coxo-fémorale. A la salle de la Reine est couchée, depuis le 3 septembre, la nommée Sophie North, servante, âgée de 26 ans. Elle dit s'être heurtée la hanche gauche dans une chute qu'elle fit, il y a environ quatre mois; après quoi le membre se gonfla et la malade éprouva dans l'articulation ainsi qu'à la partie antérieure et interne du genou, des douleurs sourdes, qui interrompaient son repos. L'application des sangsues et de vésicatoires, qu'on maintint en suppuration, ne produisit pas de soulagement. Entrée à l'hôpital elle se plaignit de douleur à la partie antérieure et interne du genou. La douleur de la hanche s'était accrue et augmentait lorsqu'on pressait sur le grand trochanter. L'état général de la santé de la malade participait de l'affection locale. L'application d'un moxa au-dessus du grand trochanter ne fut suivie que de peu d'amendement, qui ne devint marqué qu'après l'application d'un second moxa à l'aîne.

4 oct. Moins de douleur; la malade dort mieux et transpire dans la matinée. Le membre gauche dépasse le membre droit à peu près d'un pouce. La fesse du côté affecté est affaissée; la santé générale souffrante.

13. Amélioration notable (décoction de salsepareille administrée, deux fois par jour).

20. Peu de changement.

24. Douleur un peu plus forte; le membre paraît être un peu plus court qu'il ne l'a été.

28. Douleur plus intense, qui n'interrompt pas cependant le sommeil de la malade. Affaiblissement par suite de sueurs abondantes. Le moxa a cessé de suppurer.

11 nov. Hier la malade se plaignait de douleur dans

le genou, augmentant au plus léger mouvement de la hanche. Aujourd'hui pas de douleur. La malade supporte mieux la pression à la partie postérieure de la hanche; mais en l'exerçant antérieurement, on provoque un peu de douleur. — J'ai fait appliquer un second moxa.

Diagnostic, pathologie et traitement.

Tous ces cas se rapportent aux maladies de la même articulation, et il en est trois qui présentent presque les mêmes symptômes. Dans le premier cas nous avons vu l'inflammation de l'articulation coxo-fémorale produite par un grand effort. En nous rappelant que les muscles de la hanche s'attachent au ligament capsulaire de l'articulation, nous n'avons pas de la peine à comprendre que le déchirement des tendons de ces muscles et du ligament capsulaire peut être la conséquence d'un exercice violent (tel que celui de soulever un poids considérable), et devenir ainsi la cause de cette inflammation. La douleur s'étend jusqu'aux lombes, probablement par suite d'un léger déchirement des fibres musculaires de ces parties. C'est la situation de la douleur dans l'articulation même, qui mérite notre attention. Le ligament capsulaire de l'articulation de la hanche est très-étendu; cependant son étendue n'égale pas celle des membranes muqueuses et séreuses. L'inflammation du péritoine, du péricarde, de la plèvre, etc., s'étend comme nous savons, avec une grande rapidité. Il n'en est pas de même du ligament capsulaire des articulations; vous trouverez souvent ce commencement d'un épaississement organique dans une partie du ligament, tandis que le reste est exempt de l'altération. Or, le siége de la douleur à la partie antérieure de l'articulation que nous avons remarquée, nous indique que l'affection morbide s'est particulièrement circonscrite dans cette partie. Cette supposition gagne encore en certitude, lorsque nous considérons la douleur sympathique qui affecte le genou; c'est encore à la partie antérieure et interne que le malade a ressenti la douleur. Vous vous rendrez compte de ce symptôme, en vous rappelant la structure anatomique et la distribution des nerfs à ces parties, savoir la division du nerf crural antérieur en *saphenus major* et *saphenus minor*, dont l'un se continue au pied, et l'autre se perd au-dessous du genou, à son côté antérieur et interne. Ce point est d'autant plus digne de votre attention que plus vous êtes à même d'appliquer vos remèdes immédiatement sur la partie malade, plus vous pourrez être sûr de leurs effets. Vous trouverez souvent qu'on a été prodigue dans l'usage de remèdes locaux ou d'évacuations sanguines à la partie postérieure de l'articulation coxo-fémorale. C'est là qu'on applique généralement les vésicatoires et les moxas, qui ne produisent pas le sixième des effets qu'ils produiraient, si on les avait appliqués à l'aîne, près du siége de l'affection. Il est donc important de s'informer scrupuleusement des symptômes et de s'appliquer à reconnaître leur point de départ.

En second lieu, vous observez sur tous les malades l'aplatissement de la fesse correspondante du côté affecté. En comparant ce dernier avec le côté sain à la partie postérieure, vous ne trouvez plus la division qui sépare à l'état naturel la fesse de la cuisse. Il y a en même temps obliquité du bassin, ce qui explique l'alongement de la jambe, la crête de l'os ilium du côté sain étant d'un pouce et demi plus élevée que celle du côté affecté. Dès que le ligament capsulaire s'affecte, le genou devient le siége d'une douleur sympathique, qui quelquefois s'étend aussi sur des muscles situés à une grande distance de la partie primitivement atteinte. Les muscles de la jambe perdent de leur force et c'est ce même défaut de contraction dans les muscles de la fesse, qui occasionne l'aplatissement de cette partie. L'alongement du côté affecté provient d'abord de ce que le malade cherchant toujours à éviter la fatigue et les efforts de ce côté, repose constamment avec tout le poids de son corps obliquement sur le côté sain. Cependant la conformation de l'articulation coxo-fémorale elle-même contribue à la production de ce phénomène. Notez que le ligament capsulaire dans sa disposition naturelle est plus long qu'il ne devrait l'être nécessairement, pour maintenir les surfaces articulaires des deux os en contact, et qu'en étendant les ligamens nous pouvons faire sortir la tête du fémur d'un pouce à un pouce et demi hors de sa cavité articulaire. A l'état sain, c'est l'action des muscles environnans qui applique le fémur contre l'acétabulum. Or, à cause de l'état différent, où se trouvent les muscles de l'extrémité saine et de l'extrémité malade, il y aura cette différence qu'en exerçant une traction sur l'une ou l'autre vous ne saurez alonger la première à cause de la résistance et de la tension musculaire, tandis que l'autre supportera une extension d'un pouce ou plus. La même remarque s'applique à d'autres accidens. Supposez, par exemple, qu'un homme fasse une chute sur le grand trochanter. Après l'avoir mis immédiatement après l'accident couché dans un lit, l'homme de l'art compare, entre autres moyens de diagnostic, pour constater le genre de lésion, la longueur des deux membres, et il est étonné de leur trouver une différence d'un pouce ou plus en longueur malgré que le mouvement articulaire du membre affecté soit libre. Là aussi les muscles ayant perdu, par l'effet de la secousse, leur force contractile pour quelque temps, ne s'opposent pas au déplacement de la tête du fémur par une légère traction.

La diminution de volume que nous remarquons au membre affecté après de telles lésions, s'explique par la perte de force des gros muscles qui concourent aux mouvemens de la jambe. Or, toutes les fibres musculaires ayant à l'état de santé une tendance naturelle à se contracter, il y aura une différence notable dans la circonférence des deux membres. Après quelque temps, cependant, les muscles perdent, outre leur contractilité, effectivement de leur volume; et cela a surtout lieu, lorsque la maladie passe à l'ulcération ou à une période plus avancée encore.

Dans tous ces cas nous avons vu que la douleur du genou augmentait à chaque mouvement de l'articulation

de la hanche, tandis que le contraire a lieu par le mouvement du genou. Dans le second cas, le malade a même rapporté la lésion au genou et prétendit que divers remèdes, comme des sangsues et des vésicatoires avaient été appliqués sur cette partie, sans qu'ils furent suivis d'aucun effet. N'oubliez jamais, en pareille circonstance, de diriger immédiatement votre attention sur l'articulation coxo-fémorale; car c'est là le plus souvent que vous trouverez le siége du mal; la manière de vous en assurer, est facile. La douleur du genou dépend-elle d'une maladie de cette articulation? Elle augmentera par le mouvement de cette partie du membre. Lorsqu'au contraire la douleur n'augmente pas à la pression exercée sur la membrane synoviale du genou, ou en étendant et fléchissant la jambe, il faut s'assurer de suite de l'état de l'articulation coxo-fémorale, puisque la douleur sympathique du genou, est presque le seul symptôme qui annonce une maladie commençante de l'articulation de la hanche. Il en fut ainsi du cas dont je viens de faire mention. En examinant le genou je n'y découvris rien de morbide; dirigeant alors mon attention du côté de la hanche, un examen superficiel de cette articulation suffisait déjà pour me faire connaître le véritable siége de l'affection.

L'exaspération nocturne de la douleur dans ces cas est un indice que la maladie a siégée dans le tissu fibreux. Vous observez la même chose dans l'inflammation de la sclérotique, dans l'inflammation du péricarde et d'autres tissus du même genre. Pendant la journée le malade est peut-être bien; mais vers le matin et le soir la douleur s'aggrave de beaucoup; elle est, pour ainsi dire, intermittente, sourde, sans être lancinante ou poignante, cependant assez forte pour empêcher le repos du malade.

Quant au traitement à adopter, il reste à savoir si l'affection s'est déjà étendue aux membranes synoviales et aux cartilages; si elle a produit l'ulcération et la désorganisation de ces parties, ou si elle n'est jusqu'à présent qu'une simple inflammation chronique des tissus fibreux; enfin si la maladie se complique ou dépend d'un état particulier de la constitution. Dans la majorité des cas que nous avons devant nous la santé générale a été satisfaisante; chez un seul l'état général de l'économie semblait exercer quelque influence sur l'affection locale. Deux autres de nos malades étaient un peu affaiblis, soit par suite du long séjour au lit ou de la perte des fluides par les moxas. Cette circonstance m'a engagé à leur permettre une certaine quantité de stimulans, auxquels leur organisme était habitué. En ce qui concerne le traitement local de la partie malade, le repos est de la première nécessité. Les malades trouvent bientôt eux-mêmes la position qui leur convient le mieux; un petit coussinet, placé au-dessous du jarret pour supporter le membre et la position fléchie de la jambe est ordinairement ce qu'ils préfèrent. Il n'est pas nécessaire de rendre tout mouvement du membre impossible. Le malade éprouve déjà du soulagement, lorsqu'il peut tourner sa jambe dans le lit, et il n'est pas probable qu'un mouvement de ce genre produise de mauvais effets.

Il n'est pas de meilleure méthode pour combattre l'inflammation des tissus fibreux que la révulsion. Vous obtenez souvent d'excellens résultats, en appliquant les révulsifs à une partie éloignée de celle qui est malade, comme, par exemple, lorsque vous appliquez des vésicatoires au cou dans les maladies du cerveau. Il vaut cependant toujours mieux d'approcher la révulsion le plus possible du siége de la maladie, et j'ose dire que dans les inflammations du cerveau, un vésicatoire appliqué à la surface de la tête produit infiniment plus d'effets que lorsque vous le mettez à la nuque, et qu'en appliquant, dans une inflammation de la plèvre, un vésicatoire à la partie antérieure de la poitrine, vous ferez plus de bien que si vous le placiez à la partie postérieure, où les parois du thorax sont plus épaisses.

J'ai dirigé votre attention sur le siége de la douleur. La douleur occupe-t-elle la partie antérieure du genou, vous trouverez le siége de la maladie à la partie antérieure du ligament capsulaire de l'articulation coxo-fémorale. Est-elle située dans le jarret, c'est derrière le trochanter que l'affection primitive s'est concentrée; et dans ce dernier cas, au lieu d'appliquer les moxas à l'aîne, comme nous l'avons fait, il sera préférable de les appliquer à la partie postérieure entre le trochanter et la tubérosité de l'os ischium, au-dessus de la surface postérieure du ligament capsulaire de la hanche.

Lorsque les symptômes sont très-peu intenses, j'ai souvent obtenu d'un vésicatoire, joint au repos et à la liberté des sécrétions, tous les effets que je pouvais désirer. Si cependant la maladie a déjà duré quelque temps et que vous supposiez qu'elle a pris quelque étendue, vous ferez mieux de recourir de suite à un remède plus énergique, tel que le moxa, les cautères formés par l'acide nitrique ou la potasse caustique, etc. Nous avons employé de préférence les moxas et quoique je ne conteste par les bons effets des autres caustiques, j'ai cependant connu des malades, qui ont de leur propre impulsion, donné la préférence aux moxas sur tous les autres.

L'expérience m'a appris à ne pas transformer ni la plaie des moxas, ni celle des vésicatoires en fontanelle. Quoique parmi les cas qui nous ont fourni le sujet de cette leçon, il se trouve trois adultes et un garçon, il n'en est pas moins vrai, que cette maladie est surtout commune chez les enfans de deux à trois ans. Dans ces constitutions un vésicatoire perpétuel, comme on l'appelle, ou une suppuration continuelle provoquée à l'aide d'un onguent épispastique quelconque ne peut être utile. L'irritation que vous provoquerez de cette manière affectera et affaiblira cette constitution délicate plus que la douleur qui existait précédemment. Pour ma part, je me suis mieux trouvé dans ces cas de l'application réitérée des vésicatoires. Si la maladie est de nature à ne pas céder à un ou à plusieurs vésicatoires, il vaut mieux employer le moxa, dont l'action est loin d'être aussi affaiblissante que celle d'un grand vésicatoire continuellement ouvert.

Les mêmes objections que je viens d'élever contre le vésicatoire perpétuel, s'appliquent à la transformation

d'une plaie de moxa en cautère permanent. Vous ne manquez jamais de produire une excitation considérable de toute l'économie; d'autre part la suppuration, qui a lieu lorsque l'escarre du cautère se détache, est suffisante, et si d'ailleurs elle ne l'était pas, je vous conseille plutôt de revenir plusieurs fois à l'application du moxa que d'en former une fontanelle.

Dans l'un et l'autre des cas qui nous occupent, il nous a fallu en venir à l'usage de remèdes internes, tels que l'opium et la morphine, afin de procurer quelque peu de repos aux malades. Le calme que vous produisez de cette manière, favorise l'action des autres remèdes.

Vous avez été témoins du résultat heureux, qui a couronné cette méthode de traitement; un cas vous a été présenté comme guéri et deux autres malades peuvent être considérés comme convalescens.

Chez un de nos malades, atteint d'une forte fièvre à la suite d'un refroidissement, la cure a été interrompue par cette indisposition accidentelle, et entièrement indépendante de l'affection primitive. Néanmoins cette fièvre n'a pas resté sans influence sur le mal local. Le dernier s'est aggravé à la suite de la perte des forces, amenée par l'excitation fébrile chez un garçon originairement faible et lymphatique, et ce ne sera qu'après avoir dissipé les symptômes fébriles et relevé les forces générales à l'aide de remèdes appropriés, que nous obtiendrons une amélioration de l'affection locale. Quant à présent, comme l'état fébrile actuel du malade ne s'accorde plus avec l'emploi des toniques, nous l'avons d'abord soumis à l'action de remèdes les mieux calculés, pour subjuguer la fièvre; mais dès que nous aurons atteint ce but et que nous pourrons avoir recours aux toniques, vous verrez l'amélioration locale marcher de pair avec le retour de la santé générale.

Goudron trouvé dans le sang; par H. Osborn.

Il y a quelque temps qu'en faisant des expériences sur le sang humain l'auteur est parvenu à en séparer une espèce particulière de pétrole; et comme il ne trouve dans aucun ouvrage que ce principe a été remarqué dans le sang par d'autres chimistes, il s'empresse de faire connaître au public médical le procédé qu'il a employé pour obtenir ce résultat.

Il prit une livre de sang d'un homme âgé d'environ cinquante ans, et avant qu'une séparation n'eut lieu, le sang fut bien mêlé avec une once d'acide sulfurique concentré, et laissé alors en repos pendant vingt-quatre heures. A ce mélange furent ensuite ajoutées deux onces de carbonate de chaux; et le tout fut remué jusqu'à cessation de l'effervescence. On le mit alors dans une retorte de terre vernie, dont on alongea le bec au moyen d'un tube étroit d'environ trois pieds de longueur; l'extrémité de ce tube fut introduite dans une bouteille, et le corps de la retorte, entouré d'un bain de sable, placé dans un fourneau de charbons. On augmenta peu à peu la chaleur du feu pendant qu'on tenait le bec de la retorte à froid au moyen de linges mouillés. Il se dégagea d'abord du gaz carbonique qu'on laissa s'échapper; bientôt il se développa une odeur extrêmement désagréable, et ce fut alors qu'on luta le récipient avec la retorte, afin de recueillir le produit de la distillation qui consistait en un fluide contenant le goudron. Il y avait du goudron qui nageait à la surface et il s'en forma aussi en globules, qui tombaient au fond. La distillation étant achevée, on sépara le goudron, en remplissant la bouteille avec de l'eau et en l'enlevant de la surface à l'aide d'un morceau de verre.

L'auteur a répété cette expérience sur huit livres de sang de brébis et avec les mêmes proportions d'acide et de carbonate de chaux. Il s'attendait à obtenir de cette manière une grande quantité de goudron, ce qui cependant n'eut pas lieu, parceque la retorte n'ayant pas été vernie, une portion du produit de la distillation s'échappa à travers les pores. La quantité qu'il parvint à extraire fut d'un gros.

Le goudron animal est collant, plus léger que l'eau, et possède le même degré de consistance que le goudron végétal ordinaire, il en diffère cependant matériellement par son odeur extrêmement désagréable. Il est dissoluble dans l'alcool; bien mêlé avec l'eau il prend une couleur épaisse et brune-blanchâtre. Lorsque l'alcool s'évapore, le goudron remonte de nouveau à la surface. Allumé, il brûle comme le goudron ordinaire, il exhale une odeur s'emblable à celle des plumes brûlées. La quantité obtenue ayant été trop petite, pour être de nouveau distillée, l'auteur en chauffa un peu dans un verre à bulbe (bulb glass) jusqu'à la température d'ébullition; il se dégagea de cette manière une vapeur qui s'enflamma, dès qu'on la mit en contact avec du papier allumé.

Traitement de la phthisie pulmonaire par les frictions avec du lard; par M. E. A. Spilsbury.

M. Spilsbury prétend avoir obtenu depuis quinze mois des effets remarquables en recommandant à des malades atteints de phthisie pulmonaire, de se frotter tous les jours, pendant une demi-heure, la poitrine, le dos et les côtes avec autant de lard qu'il peut s'en absorber pendant ce temps. Les effets qu'il prétend avoir obtenus de ce traitement sont la stimulation des fonctions nutritives, l'augmentation rapide des forces du malade, la modération de l'action du cœur, le soulagement des douleurs de la poitrine et la diminution de la dyspnée. Les effets s'en feraient déjà remarquer au bout de 15 ou 20 jours, et même plus tôt.

Sur quatre cas très-prononcés de phthisie, deux malades qui en étaient atteints depuis neuf mois et qui présentaient en même temps les signes les plus évidens de dyspepsie, ont été complétement guéris. Un troisième cas de tubercules avec affection catarrhale reste encore douteux. Un quatrième cas d'affection tubercu-

leuse, compliquée avec dilatation des cavités du cœur, et qui date depuis deux ans, présente une amélioration très-marquée. Dans le troisième cas cité, la malade fut pesée le 15 octobre; vêtemens compris, elle avait le poids de 83 livres. Elle commença alors l'usage des frictions lardacées et fut pesée de nouveau le 10 novembre: elle avait gagné sept livres. Cette augmentation du poids s'est maintenue jusqu'aujourd'hui (21 novembre); le matin elle pèse de 87 à 88 livres, et la nuit invariablement 90 livres.

Un autre médecin a imité l'exemple de M. Spilsbury et a également employé ces onctions dans un cas désespéré, qui date de 19 mois. La toux et l'expectoration ont presque disparu; la facilité de respirer et les forces sont revenues.

M. Spilsbury fut conduit à essayer ce genre de médication dans des cas de consomption, en considérant la santé florissante de ceux qui, par leur profession, comme, par exemple, les bouchers, manient habituellement des viandes et de la graisse; il est en effet remarquable que ces hommes, et même leur famille, sont rarement atteints de cette cruelle maladie.

L'auteur s'empresse de communiquer le peu d'expériences qu'il a faites jusqu'à présent de cette nouvelle méthode de traitement, afin d'engager les médecins d'hôpitaux à l'essayer en grand.

MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW,

BY J. JOHNSON AND H. J. JOHNSON.

Sur le ptérygion; par M. Middlemore.

Le ptérygion est une production morbide de forme triangulaire, qui prend ordinairement son origine de l'angle interne de l'œil à la partie de la conjonctive qui se trouve immédiatement autour du pli semi-lunaire et de la caroncule lacrymale. Sa pointe est dirigée vers la cornée ou s'étend même sur cette membrane, tandis que sa base se trouve à la circonférence du globe oculaire. Cette situation, quoique la plus fréquente, n'est cependant pas constante. Non-seulement le ptérygion peut occuper une autre partie du globe oculaire, mais il peut même se former dans différentes parties à la fois, de sorte que souvent la pupille est entièrement cachée derrière plusieurs de ces nouvelles productions, qui se réunissent au milieu de la cornée. On voit assez fréquemment deux ptérygions sur le même œil, dont l'un provient de l'angle interne et l'autre de l'angle externe de l'œil.

D'après les observations pratiques de M. Middlemore, voici l'ordre de fréquence dans lequel on rencontre le ptérygion dans ces différentes parties de l'œil : 1° ou il se forme sur chaque œil un ptérygion, prenant son origine de l'angle interne; 2° ou il se forme deux ptérygions sur le même œil, dont l'un prend son origine à l'angle interne et l'autre à l'angle externe; 3° ou enfin, il se forme un seul ptérygion à l'angle externe ou à la partie supérieure ou inférieure du globe oculaire, mais pas à l'angle interne. L'existence de quatre ptérygions sur le même œil, dont les pointes se rencontrent au milieu de la cornée, constitue, d'après l'opinion du célèbre Scarpa, ce que les anciens ont appelé *pannus*. L'auteur n'a vu qu'un seul cas de ce genre.

M. Middlemore croit, avec Scarpa, que la forme triangulaire du ptérygion dépend de l'adhésion plus ou moins intime, d'abord entre la sclérotique et la conjonctive (adhésion qui est plus intime à mesure que la conjonctive s'approche de la cornée), et ensuite entre la conjonctive et la cornée, dont l'adhérence est plus forte à raison que la première s'avance vers le centre de la dernière. L'auteur ne pense pas, comme Scarpa, que le ptérygion est une altération du tissu de la conjonctive même; d'après lui, ce serait une production morbide sous-conjonctivale.

Le commencement d'un ptérygion s'annonce par l'apparition de quelques vaisseaux dilatés de la conjonctive, provenant de l'angle interne de l'œil et prenant une direction presque parallèle. La conjonctive semble en même temps plus épaissie, comme si un tissu très-fin était étendu sur sa surface. Bientôt on aperçoit une nouvelle formation (*déposition*) petite et rougeâtre, située à environ deux ou trois lignes de la conjonction cornéo-sclérotícale; les vaisseaux qui se rendent et se terminent dans cette nouvelle formation, commencent à se mieux dessiner : cette formation près de la cornée devient plus apparente, augmente graduellement et lentement de volume et s'approche plus de la cornée, jusqu'à ce qu'elle arrive à la ligne d'union de la cornée et de la sclérotique, où on la voit proéminer au-dessus du bord de la cornée. Les vaisseaux qui s'y distribuent et qui en font partie, deviennent plus nombreux; son tissu augmente en densité et en opacité; ses contours se dessinent mieux, parce qu'elle s'élève sur la portion circonvoisine de la conjonctive. Cette production est tout à fait mobile et se laisse soulever plus ou moins sur la sclérotique, suivant qu'elle adhère à cette membrane par un tissu seulement *filamenteux*, ou qu'elle y est liée d'une manière plus intime. A cette période, la nature de l'affection est très-évidente.

La maladie peut rester longtemps dans cet état, sans faire aucun progrès notable sur la cornée. Mais au bout de quelque temps, si on n'emploie pas les moyens propres à arrêter son accroissement, la production morbide continue à gagner en épaisseur au point de devenir semblable à un muscle triangulaire et s'étend en forme conique jusqu'au centre de la cornée, surtout lorsqu'un pareil ptérygion se développe aussi du côté opposé. Dans cette dernière circonstance, la pointe du ptérygion est beaucoup plus aiguë que lorsqu'il n'en existe pas un second.

M. Middlemore distingue trois variétés du ptérygion : 1° le *pterygium tenue* ou membraneux, qui est simplement une couche mince et transparente, dans laquelle on distingue le trajet des vaisseaux; 2° le *pterygium carnosum* ou musculaire, dont le tissu ressemble à celui d'un muscle; 3° le *pterygium pingue* ou adipeux, qui présente un tissu tendre et blanc, très-semblable à de la graisse. Cette dernière variété du ptérygion est beaucoup moins fréquente que les deux premières.

Dans un cas de ptérygion sarcomateux d'une certaine étendue, où M. Middlemore enleva la production morbide à l'aide du scalpel, il trouva la cornée au-dessous de la production, opaque, vasculaire et épaissie. Son expérience se trouve ici en opposition avec les opinions de plusieurs auteurs d'ophthalmologie, et il prévient le jeune chirurgien de ne pas concevoir trop d'espoir de succès en pareil cas. Il observe aussi que dans des cas anciens de ptérygion sarcomateux et étendu, l'altéra-

tion, lorsqu'elle a atteint le centre de la cornée, se répand latéralement et acquiert ainsi une extrémité très-obtuse, par laquelle elle obscurcit presque toute la pupille et détruit complétement la faculté visuelle.

Le pronostic du ptérygion est assez simple. Pris en temps, il est guérissable. Plus il est ancien, et plus il s'est étendu sur la cornée, plus il est probable qu'il aura formé des adhérences et donné lieu à des altérations considérables de cette membrane.

Quelquefois, dit l'auteur, nous pouvons arrêter les progrès du ptérygion par l'usage des astringens et des stimulans. On en obtient le plus d'avantages quand le ptérygion est petit et de nouvelle date et qu'il va actuellement en augmentant de volume. Les collyres avec le sulfate de zinc, le nitrate d'argent ou le sulfate de cuivre, à raison de deux ou trois grains sur une once d'eau, sont les remèdes les mieux appropriés; on peut appliquer deux ou trois fois par jour quelques gouttes de l'un ou de l'autre de ces collyres sur le ptérygion même. Aussitôt qu'on est parvenu à arrêter les progrès du ptérygion au moyen de ces remèdes, il faut suspendre leur usage (ce qui est surtout nécessaire lorsque le nitrate d'argent a été employé, à cause de sa tendance à noircir la conjonctive); car il arrive assez fréquemment que les progrès du ptérygion une fois arrêtés, ce dernier ne s'accroît plus de nouveau, ou qu'il reste du moins stationnaire pour longtemps. Si plus tard on s'aperçoit d'une recrudescence, on a recours à la même méthode.

On a souvent employé les caustiques; mais ils font plus de tort que de bien; les scarifications ne sont pas moins inutiles. L'excision partielle est le remède le plus simple et le plus efficace. Voici la méthode dont M. Middlemore s'est servi :

Le malade étant couché sur une table ou assis sur une chaise, les paupières écartées par un aide, qui fixe en même temps le globe de l'œil par une pression exercée de chaque côté par les doigts indicateurs et médius, l'opérateur saisit le ptérygion au moyen d'une pince à crochets, et, après l'avoir soulevé de la sclérotique, il passe l'une des branches d'une paire de ciseaux à pointes mousses au-dessous de la portion soulevée à égale distance de sa base et du bord de la cornée. Après avoir divisé cette portion aussi loin que le permet sa réunion avec la sclérotique, il retourne les ciseaux vers le côté opposé et y achève la division de la même manière. A l'aide d'un petit scalpel, il dissèque et détache ensuite le ptérygion de la sclérotique et de la cornée, en ayant soin que le côté aplati du scalpel soit toujours dirigé vers le globe oculaire et que le bord tranchant en soit plutôt éloigné.

Après l'opération, on emploie les moyens ordinaires pour empêcher l'action de la lumière et pour prévenir que le globe oculaire ne contracte des adhérences avec la paupière. Il se peut qu'après l'excision du ptérygion il reste encore de petits lambeaux inégaux de la conjonctive que l'opérateur n'a pas pu enlever. Si ces lambeaux ne se contractent pas par l'effet des collyres astringens, on les enlèvera facilement à l'aide de ciseaux courbes. Jamais on ne doit essayer de les détruire au moyen des caustiques.

(*Provincial Medical and Surgical Transactions, vol. III.*)

La petite-vérole à Naples. — Sur la dernière épidémie de petite-vérole à Londres, par M. Gregory.

La petite-vérole a régné à Naples depuis le commencement du mois de mai jusqu'à la mi-octobre avec beaucoup d'intensité. L'épidémie était plus sévère qu'elle ne l'a été depuis trente ans. Le nombre des malades s'éleva jusqu'à 7000, dont 1450 succombèrent. Il semble que les préjugés et la négligence coupable parmi les classes inférieures du peuple ne sont pas moins fréquens à Naples qu'ailleurs, puisque nous trouvons que sur 15,000 enfans nés annuellement, il y en a au moins 6000 qui ne sont pas vaccinés.

La plus grande mortalité eut lieu dans les districts de Mercato, Pendino et Porto, et surtout à Aversa et Afragola, où sur trois malades il y avait un mort. Les personnes de tout âge qui avaient été vaccinées ne furent point ou que rarement atteintes. Plusieurs d'entre elles ont été atteintes de varicelle; d'autres ont gagné le pemphygus, la miliaire, l'urticaire ou d'autres maladies éruptives; mais pas une seule n'a présenté le véritable exanthème variolique.

On a observé plusieurs cas de coexistence de l'éruption varioleuse et de la vaccine. Lorsque la pustule de la vaccine avait paru avant le développement de l'affection variolique, et si la première parcourait régulièrement ses différentes périodes, elle imprimait toujours une modification considérable à la variole, et l'issue de celle-ci était alors constamment favorable. Mais si, au contraire, l'éruption varioleuse était abondante et franche, le bouton de la vaccine se rapetissait, se ratatinait et ne tardait pas à se sécher. Il semble donc que l'une ou l'autre affection, sitôt qu'elle affecte primitivement l'organisme, empêche le développement de la seconde. L'éruption était généralement d'un caractère confluent dans la dernière épidémie de Naples. La fièvre concomitante se présentait ordinairement sous la forme de fièvre continue gastrique; parfois elle était réellement inflammatoire et typhoïde ou putride. La plupart des malades étaient des enfans. La maladie attaqua les deux sexes presque en égale proportion; mais la mortalité fut plus grande parmi les sujets d'un âge peu avancé.

M. Ronchi, président du comité central de la vaccination à Naples, auteur de ces observations, se plaît à répéter que dans le grand nombre de cas, dont il a eu connaissance, il n'a pas rencontré un seul exemple bien constaté, où le malade avait eu une bonne vaccine et en portât les véritables cicatrices sur le bras. Mais il semble qu'il a observé une foule d'exemples très-graves de varicelle confluente et consécutive que d'autres n'auraient pas hésité de regarder comme une variole se-

condaire et modifiée. Or, la différence d'opinion, relativement à la propriété préservatrice de la vaccine contre les effets de la contagion de la variole, est plutôt apparente que réelle, puisque les uns prennent pour une simple varicelle ce que d'autres regardent comme une forme modifiée de variole.

La varicelle pustuleuse globulaire de M. Alibert (V. Globulasa de de Baleman), fut la variété la plus fréquente. M. Ronchi convient que le diagnostic entre cette forme de varicelle et la variole modifiée offrait quelquefois beaucoup de difficultés; cependant la forme particulière des pustules, l'absence de la dépression centrale, la quantité plus grande de la sérosité et la succession plus rapide des diverses métamorphoses suffirent presque toujours pour faire reconnaître le caractère des varicelles. Le traitement fut en général fort simple. L'éruption était-elle distincte et la fièvre peu intense, le traitement se réduisait à l'usage de boissons acidulées et rafraîchissantes, d'une nourriture légère et farineuse, au renouvellement d'air dans les chambres des malades, et de temps à autre, à l'emploi d'un lavement émollient. M. Ronchi a eu occasion de confirmer dans cette épidémie la vérité de la remarque déjà faite par Ramazzini : « facilius evaserunt ei, quibus nec detractus fuerit sanguis, nec ullum administratum remedium, toto curationis negotio naturæ commisso. »

On n'eût recours à la saignée du bras que lorsque la fièvre était très-intense, surtout chez des sujets jeunes et pléthoriques, et qu'il y avait congestion vers la tête. De légers expectorans, tels que l'esprit de Minderer et le vin d'ipecacuanha furent très-utiles. On employa rarement les purgatifs avant la période de dessiccation des pustules. Employés plus tôt, ils interrompaient la marche de l'éruption et donnaient lieu à des symptômes nerveux ou gastriques d'un caractère fâcheux.

(*Filiatro Sebezio di Napoli*).

La tendance de la petite-vérole à se montrer de nouveau parmi les maladies épidémiques et l'irrégularité qui se manifeste tant dans l'action préservatrice que dans les phénomènes ordinaires de la vaccine, ont, l'une et l'autre, éveillé l'attention des médecins dans presque tous les pays de l'Europe.

Plusieurs provinces de la France, visitées dans les derniers temps par la petite vérole, en on souffert considérablement. L'étendue que cette maladie semblait gagner parmi les troupes prussiennes, a également alarmé le gouvernement de cette monarchie; et plusieurs états italiens on cru devoir nommer des commissions, pour examiner l'histoire de plusieurs épidémies qui ont dernièrement régné dans ce pays. Personne n'ignore les ravages que cette maladie, qu'on supposait presque exterminée, a fait naguères en Angleterre. La petite-vérole a été, en 1834, extraordinairement fréquente à Londres et dans ses faubourgs. Il n'y a pas longtemps que M. Gregory, médecin en chef de l'hôpital des varioleux, a présenté au collége des physiciens un mémoire, auquel nous empruntons les faits les plus intéressans. D'après le rapport de l'institution nationale pour la vaccine, il semble que la petite-vérole a été moins fréquente et moins grave en 1834 que pendant les années précédentes. La proportion moyenne de mortalité avait été avant l'année 1834, d'environ 30 pour cent. En 1834 elle descendit de 30 à 14. La petite-vérole, qui a régné en 1834, peut par conséquent être considérée comme l'épidémie la plus légère qui ait été vue dans cette partie du monde.

Vers la fin de l'année la maladie commença à se présenter avec un caractère plus grave: bientôt elle eut atteint son apogée et continua avec la même malignité jusqu'au milieu de l'été. Il semble résulter des recherches de M. Gregory, que depuis l'année 1826 jusqu'à présent; la proportion des cas de petite-vérole sur des individus vaccinés, comparée au nombre total des personnes affectées a été en général très-constante et uniforme; elle varia de 32 à 38 pour cent. Or, la fréquence de la maladie dans sa forme modifiée, ou varioloïde, semble se trouver à peu près en raison directe de la fréquence de la petite-vérole même, sans que le malignité de cette dernière change en quelque chose cette proportion. En 1828, lorsque la mortalité s'élevait jusqu'à 33 pour cent, la proportion des cas non vaccinés (73) au chiffre des varioleux admis dans l'hôpital (202), était de 36 pour cent; tandis qu'en 1834 lorsque la mortalité n'était que de 14 pour cent, la proportion des cas non vaccinés (63) sur la somme totale des malades (165) était de 38 p. c.

En s'appuyant sur la constance des chiffres moyens, indiquant les proportions annuelles des cas non-vaccinés et de la somme totale des malades varioleux, pendant une période de près de dix années, M. Gregory pense « *que nous avons atteint le maximum de l'imperfection de la vaccine* et que nous connaissons à présent toute l'étendue du mal. »

Nous pouvons inférer des calculs de M. Gregory, qu'en 1834, 2386 personnes furent atteintes de petite-vérole à Londres, et qu'il y eut parmi celles-ci 906 vaccinés, ce qui donne une proportion de 34 à 35 pour cent. Cette proportion est en effet beaucoup plus considérable qu'on ne s'y serait attendu dans le temps de Jenner. Cependant il faut noter que depuis l'introduction de la vaccination, la moyenne de la mortalité à Londres a été réduite de trois quarts.

M. Gregory a cherché la cause de la détérioration de la vaccine dans sa qualité préservatrice de la petite-vérole. Il fait entrevoir, que la lymphe, après avoir passé par tant d'organismes humains aurait pu en quelque sorte *s'humaniser* ou s'altérer dans ses qualités. Il semble que la lymphe actuellement en usage à Londres et dans toute l'Angleterre a été originairement prise dans la métairie de M. Harrison (1799) et que depuis cette période elle n'a plus été renouvelée.

« A en juger par les apparences seules de l'éruption vaccinique même, dit l'auteur, on serait disposé à croire que les qualités du vaccin ne se soient détériorées ni altérées en rien depuis le commencement de ce siècle. Mais afin de ne laisser planer aucun doute sur cette matière il serait à désirer qu'on eût recours à une expérience, sur laquelle la confiance du public put

reposer de prime abord, je veux parler de l'inoculation de la petite-vérole. Le grand nombre d'expériences, faites par les premiers vaccinateurs, prouvent suffisamment que l'inoculation de la variole, lorsque pratiquée dans l'intervalle de quelques semaines ou de quelques mois après la vaccination, ne donne lieu à aucun effet, ni local ni constitutionnel ; ou bien il se forme tout au plus, à l'endroit de la piqûre une petite vésicule qui disparait en deux ou trois jours, sans entrer en suppuration. » — D'après quelques expériences faites par M. Gregory, en 1834 et en 1835, à l'effet de constater l'influence de l'inoculation de la variole à des périodes plus éloignées de la date de la première vaccination, il semblerait que, si le temps écoulé depuis la date de la vaccination est au delà de douze mois, la lymphe vaccinique actuellement en usage ne prévient par les effets ordinaires et *locaux* du virus variolique, mais que l'action de l'inoculation, s'arrête là où ces phénomènes locaux se compliquent de mouvement fébrile et d'éruption générale.

Les dernières livraisons du Magasin de Rust, contiennent plusieurs communications importantes, relativement aux épidémies de variole qui ont régné récemment en Allemagne. Tous les médecins allemands paraissent en effet être d'accord sur ce point que la véritable variole est extrêmement rare chez une personne bien vaccinée, et que la majorité des cas contraires ont été des varicelles que l'on a pris pour la variole, ou qu'ils ont été observés sur des individus, chez lesquels la vaccination avait été mal faite ou avait mal réussi.

THE LONDON MEDICAL

AND

SURGICAL JOURNAL.

Leçons cliniques du docteur Corrigan, *à l'hôpital de Jervis-Street, à Dublin.*

1. *Affection de la portion cervicale de la moelle épinière, simulant une laryngite.— Anévrysme de la crosse de l'aorte, simulant la même maladie.*

M. Delaney, portier, âgé de 49 ans, était atteint d'une dyspnée excessive; la respiration était crépitante; il toussait et expectorait des crachats visqueux. L'expression de la figure était inquiète; la peau froide et couverte d'une sueur gluante; pouls très-faible et petit, à 108; l'abdomen légèrement ballonné. Le malade était venu à pied à l'hôpital; l'affection semblait offrir alors les caractères d'une inflammation aiguë du larynx. En l'examinant avec plus d'attention dans son lit, on trouva que le malade avait perdu la sensibilité dans les parties inférieures du corps, à partir de la région épigastrique. Il avait fait une chute sur la face une semaine avant son entrée à l'hôpital, en portant un panier de charbon; cependant ce ne fut que la veille de son entrée qu'il en ressentit les effets et qu'il commença à éprouver de la dyspnée et cette respiration sifflante, pour laquelle il fut saigné. Il avait des douleurs à la nuque; en faisant une pression, même légère, sur les vertèbres cervicales, on pouvait augmenter considérablement le bruit sifflant de la respiration.

Traitement. On évacua douze onces de sang au moyen de ventouses scarifiées appliquées sur l'épine du dos, qu'on fit suivre d'un vésicatoire. Le calomel et l'opium furent administrés en doses de dix grains de calomel sur un grain d'opium, de trois en trois heures. Le lendemain nous trouvâmes la peau chaude et une amélioration générale. Quatre jours après son entrée à l'hôpital, le malade put en sortir guéri.

Voilà un cas qui a offert de l'intérêt sous plusieurs rapports. Lorsque ce malade se présenta à la visite, le bruit respiratoire et l'expression de la figure étaient tellement remarquables, que je n'hésitai pas de le signaler aux élèves comme atteint de laryngite aiguë, avant même qu'il se fût approché de moi. Cependant, lorsque le malade m'adressa la parole, je fus surpris de ne pas lui trouver d'altération dans la voix, qui n'était nullement rauque ou grêle en raison des autres symptômes. Par un examen plus attentif, lorsque le malade fut couché, nous trouvâmes qu'il avait perdu la sensibilité de la peau au-dessous de l'épigastre, bien que le mouvement ne fût en rien altéré. Ce symptôme suffisait pour diriger notre attention sur l'état de la moelle épinière, et en effet, nous n'eûmes pas de peine à constater que la colonne vertébrale, à sa portion cervicale, était sensible à la pression, laquelle aggravait les symptômes au point de produire une sensation de suffocation. Dès lors, il fut évident que l'affection du larynx était de nature spasmodique et dépendait d'une maladie de la moelle épinière. Partant de cette opinion, nous dirigeâmes le traitement sur l'épine du dos, et le succès n'a pas tardé à justifier nos suppositions. Il ne nous est pas difficile de nous rendre compte de l'influence que les maladies de la moelle épinière peuvent exercer sur le larynx, lorsque nous nous rappelons la connexion qui existe entre les plexus cervicaux supérieurs et les nerfs pneumogastrique et laryngiens. Comme je désire toujours faire ressortir plus clairement la nature des cas qui se trouvent actuellement en traitement, en les comparant à d'autres semblables, qui nous sont connus dans leurs détails anatomiques, je crois pouvoir faire ressortir la valeur de l'observation précédente, en rapportant en peu de mots un autre fait consigné dans l'ouvrage de M. Ollivier sur les maladies de la moelle épinière, observation qui présentait également les symptômes les plus alarmans du côté du larynx et de la gorge.

M. de La Foix, âgé de 21 ans, élève en médecine et épileptique depuis son enfance, fut atteint, en février 1822, d'un léger mal de gorge. Quelques jours après il fut tourmenté sans cesse d'une sensation d'étouffement accompagnée de nausées et d'envies de vomir; il lui sembla que la luette était gonflée et pressait sur le larynx. La déglutition était difficile et la respiration sifflante. Il se plaignait en même temps d'une douleur permanente et aiguë à la partie inférieure et postérieure de la tête. Les fonctions du cerveau n'offraient point de trouble. En même temps survint un engourdissement de la main et du bras gauche; bientôt le bras droit s'embarrassa aussi, et la sensation de suffocation à la gorge resta la même. Ne pouvant entrer ici dans de plus longs détails, il me suffira de vous dire que la difficulté de la respiration et de la déglutition, ainsi que la sensation d'un corps étranger au-dessus du larynx continuèrent et s'aggravèrent de jour en jour jusqu'au moment de la mort, qui arriva huit jours après la première invasion de ces symptômes.

Autopsie. — Toutes les veines méningiennes (et surtout celles de la portion cervicale) étaient gorgées d'un sang noir et fluide ; du sang noir et légèrement coagulé se trouvait épanché, dans l'étendue d'environ deux pouces, dans le tissu cellulaire qui unit la surface postérieure de la dure-mère et les vertèbres cervicales. Cet épanchement correspondait au gonflement de la moelle épinière, là où elle donne origine au plexus brachial. Dans cet endroit, la moelle épinière était fort ramollie; le ramollissement occupait surtout la substance grise, qui offrait une teinte rosée et était semblable à une bouillie, dans l'étendue d'environ deux pouces. L'injection de la pie-mère correspondante était considérable. La trachée-artère et le larynx, le pharynx, la luette et les amygdales étaient dans l'état naturel.

Ces deux cas réunis sont très-instructifs. Dans l'un, la mort vient révéler la cause des phénomènes morbides observés pendant la vie ; dans l'autre, les circonstances qui ont eu lieu nous éclairent sur les moyens à employer pour sauver la vie du malade. Ce qui est en outre digne d'être noté, c'est l'invasion rapide des symptômes alarmans dans ces deux cas. Chez notre malade, une semaine s'était écoulée depuis l'invasion de la maladie, avant qu'il n'en sentît les conséquences ; la dyspnée survint presque subitement. Chez le malade de M. Ollivier, les symptômes s'étaient déjà fait remarquer pendant plusieurs jours, quoiqu'à un degré fort léger, lorsque tout à coup ils s'aggravèrent d'une manière alarmante. Nous observons souvent la même chose dans les lésions de la tête ; là aussi plusieurs jours s'écoulent après l'accident sans la moindre apparence de conséquence fâcheuse, quand tout à coup les symptômes d'une maladie cérébrale se déclarent et enlèvent le malade en peu de temps. Les centres nerveux semblent pouvoir supporter le trouble de l'action vasculaire jusqu'à un certain point, sans que leurs fonctions en souffrent ; mais ce point une fois dépassé, la perversion des fonctions éclate subitement. La même chose s'observe dans l'action des remèdes ou des poisons, qui affectent le système nerveux. Vous pouvez administrer la strychnine jusqu'à une certaine dose; mais dès que vous la dépassez par une dose tant soit peu élevée, vous provoquerez les convulsions les plus violentes. Souvent une certaine dose d'acide hydrocyanique a été donnée sans aucun effet perceptible; et en la portant tant soit peu plus haut, on a presque donné lieu à un empoisonnement. Lorsqu'il y a des tumeurs morbides qui compriment le cerveau, lorsqu'il y a des congestions qui tendent à produire le ramollissement de cet organe, les symptômes peuvent persister pendant des années sans paraître urgens ; qu'une émotion morale ou quelque autre excitation fonctionnelle survienne, l'irritation dépassera, pour ainsi dire, son point de tolérance, et le danger devient aussitôt imminent. On explique ordinairement ces effets en supposant que le poison se soit accumulé dans l'organisme, jusqu'à ce qu'une dernière dose, ajoutée à la quantité déjà ingérée, vienne dépasser la somme du poison que l'individu peut supporter. Cependant, cette explication est insuffisante pour les cas où il n'est pas probable que le poison, comme par exemple l'acide prussique, a été retenu et s'est accumulé dans le corps, ou lorsqu'il n'y a pas eu de poison administré, et je pense que l'explication que je viens de donner de ces phénomènes est plus satisfaisante sous ce rapport. Toutefois, la connaissance de ce fait suffit pour nous rendre vigilans et prévenir par un traitement rationnel ces suites funestes.

Il est encore une autre affection du larynx, dépendante d'une irritation de la portion cervicale de la moelle épinière, qu'il convient de mentionner ici. Je veux parler d'une affection spasmodique du larynx, ressemblant au croup sous beaucoup de rapports et à laquelle les enfans sont sujets. La respiration est sifflante, dyspnée extraordinaire, face rouge et injectée, comme dans le croup; cette affection diffère cependant de ce dernier, en ce que la voix redevient naturelle et que la respiration sifflante cesse entièrement, dès que l'accès de spasme est fini, et que rarement ce dernier dure avec intensité plus de quelques minutes. A l'affection spasmodique du larynx se joignent bientôt des spasmes dans les extrémités, et souvent l'enfant meurt dans un de ces accès de convulsions. C'est encore l'irritation de la portion cervicale de la moelle épinière qui donne lieu à cette affection spasmodique du larynx et des extrémités supérieures (car ce sont les dernières qui sont plus particulièrement affectées par les convulsions). Cette irritation peut être la suite d'une lésion de la moelle épinière ou d'un traitement mal combiné. Un des cas les plus remarquables et propre à faire ressortir cette cause de l'affection spasmodique du larynx, a été rapporté dans la livraison de janvier 1833, d'*Edinburg Medical and Surgical Journal.*

Un enfant, âgé de 4 mois et s'étant bien porté depuis sa naissance, commença à crier plus qu'à l'ordinaire, surtout pendant la nuit. Au bout d'une semaine, les accès de criaillerie se compliquèrent d'une sorte d'étouffement, qui persistait pendant un moment et cessait dès que l'enfant pouvait crier plus à son aise. Deux mois plus tard, la gêne de la respiration persistait non-seulement pendant six à huit secondes, mais était encore accompagnée d'un bruit grêle ou sifflant, qui ressemblait quelquefois au chant du coq. Encore quelques semaines plus tard survint une affection convulsive des mains; le pouce était rétracté dans la paume de la main, tandis que les doigts étaient roides et étendus, ou fléchis, ou un peu renversés en arrière. Ensuite se déclarèrent des convulsions générales, qui pendant un mois revenaient une fois par semaine, puis une fois tous les jours, et enfin pendant trois mois deux fois par jour. Ces convulsions étaient précédées des symptômes susmentionnés et se terminaient par une profonde expiration et un cri, qui continuait pendant quelques minutes. L'enfant faisait alors un sursaut comme s'il avait été effrayé ; les pupilles se dilataient, les globes oculaires roulaient dans leur orbite; l'enfant renversait la tête et les épaules, la face devenait pourpre et livide, tout son corps se roidissait, et la respiration était comme suspendue. Ce spasme cessait après quelque temps ; la

face devenait pâle, l'enfant faisait entendre des gémissemens et finissait par s'endormir. Les vomitifs, le calomel, les antispasmodiques, etc., administrés pendant tout ce temps, restèrent sans effet. L'enfant ne faisant pas usage de ses jambes, comme on aurait pu l'attendre, on examina l'épine du dos et on fut surpris de trouver qu'une pression, exercée sur la troisième ou la quatrième vertèbre dorsale, déterminait des cris et des mouvemens qui exprimaient la douleur. On ne découvrit pas de difformité, et il n'y avait aucun changement de couleur à la peau. L'application de quatre sangsues agit comme par enchantement, et dès lors il n'y eut plus de retour des convulsions, sauf quelques-unes très-légères peu d'heures après. Deux jours plus tard on y eut recours une seconde fois. Depuis ce temps, l'enfant, qui a maintenant dix-huit mois et qui a fait toutes ses dents, n'a plus rien ressenti.

On ne peut attacher trop d'importance à constater de bonne heure si les maladies spasmodiques des enfans dépendent d'une irritation de la moelle épinière, lorsqu'on considère que des affections spasmodiques qui paraissent d'abord légères, peuvent se changer en épilepsie, et que dans une foule de cas de cette maladie, on ne trouve d'autres altérations morbides après la mort, que des ossifications ou des productions cartilagineuses ou tuberculeuses dans la moelle ou dans ses membranes.

A propos des affections qui peuvent simuler l'inflammation du larynx, permettez-moi de vous citer un autre exemple de ce genre. Il y a environ douze mois qu'un homme s'est présenté à cet hôpital, ayant la respiration extrêmement laborieuse; le larynx était dans un mouvement continuel d'ascension et d'abaissement, les traits de la figure exprimaient la souffrance, les lèvres étaient légèrement livides, la respiration très-bruyante, laryngienne et mêlée avec un râle muqueux qu'on entendait même à quelque distance du lit; le pouls accéléré. Le malade, désignant le cou comme le centre de tous ses maux, attribuait leur origine à un refroidissement; quelques jours avant son entrée les douleurs l'avaient même empêché de se coucher. La plupart des symptômes, tels que le commémoratif, la dyspnée, la sensation d'étouffement, rapportés par le malade à la région du larynx et de la trachée-artère, le râle muqueux dans les voies aériennes, annonçaient l'existence d'une laryngite aiguë. Il manquait cependant, pour justifier ce diagnostic, l'extinction de la voix. Une singulière circonstance se fit remarquer lorsqu'on examina la poitrine. Tandis qu'on distinguait à l'oreille seule, et déjà à une distance considérable, un râle muqueux et bruyant dans la trachée-artère, le bruit respiratoire était naturel dans tout le reste de la poitrine. Or, c'est que le siége de la maladie était circonscrit : d'une part, le peu d'altération de la voix indiqua que le larynx était assez libre; et la clarté du bruit respiratoire, de l'autre part, fit présumer que la cause de la maladie n'occupait pas non plus les poumons. Ce n'était donc que dans le tronc de la trachée-artère, au-dessous du larynx et au-dessus de la bifurcation des bronches qu'on devait chercher le siége de la maladie. Malgré tous les soins, on ne put y découvrir ni anévrysme, ni quelque autre tumeur. Le malade succomba après être devenu hydropique, deux mois après son entrée à l'hôpital. — Le larynx et les poumons furent trouvés sains; mais la crosse de l'aorte présentait une dilatation du volume d'une pomme d'orange dont les parois étaient d'une consistance cartilagineuse, et adhérant au moyen d'une couche épaisse de tissu cellulaire à la trachée-artère dans le médiastin postérieur. Cette altération suffit pour rendre compte de tous les symptômes. L'anévrysme, par sa pression mécanique et par l'irritation qu'il exerçait sur la trachée-artère, avait donné lieu à la sensation douloureuse du cou et au sifflement bruyant qu'on entendait dans la trachée.

II. *Bronchite. — Rhumatisme chronique traité par l'hydriodate de potasse.*

Dans la salle des femmes se trouvent maintenant deux cas de bronchite, qui méritent d'être comparés parce qu'ils présentent deux variétés de la même affection. L'une de ces malades est la nommée Dunne; plusieurs jours avant son entrée à l'hôpital elle avait été sous l'influence d'une fièvre légère; son pouls était un peu accéléré; la peau plus chaude qu'à l'ordinaire, la langue blanche et la tête embarrassée. Conjointement avec ces symptômes, elle avait des accès de toux, qui troublaient son repos. Dans les intervalles des accès la respiration n'était pas accélérée; elle était légèrement bruyante ou sifflante de temps à autre; la percussion donnait un son clair. Dans ce cas l'affection bronchique ne semblait que faire partie de l'affection fébrile générale; et les accès de toux, qui n'étaient nullement proportionnés à l'intensité de l'action phlogistique, semblaient plutôt dépendre d'une irritation que d'une action vasculaire très-intense. Le traitement de l'affection de la poitrine se borna, par conséquent, à la simple administration des émolliens avec la jusquiame, tandis que nous cherchions à combattre les symptômes généraux et fébriles par des légers purgatifs et par les potions antifébriles ordinaires. Le second cas de bronchite diffère beaucoup du précédent; c'est celui d'une femme, âgée de 60 ans, qui avait souffert d'un catarrhe chronique de peu d'intensité jusqu'au moment où l'affection aiguë actuelle lui survint. A son entrée à l'hôpital, elle se plaignait d'accès fréquens et très-fatiguans de toux et d'une oppression de poitrine; elle avait la respiration accélérée et expectorait des crachats muqueux-purulens. A la percussion, la poitrine résonnait parfaitement bien; un bruit respiratoire bruyant, accompagné d'un râle muqueux s'étendait sur les deux poumons, et occupait pourtant plus particulièrement le poumon droit; la langue et la peau étaient naturelles; le pouls mou, 98. Après avoir provoqué quelques évacuations, nous soumîmes la malade à l'usage d'une décoction de sénéga, avec l'esprit de nitre et la teinture de scille. Un vésicatoire fut appliqué sur la poitrine, et on administra vers le soir quelques grains de poudre de Dower, et le baume de copahu à raison d'un demi-

gros quatre fois par jour ; nous parvînmes ainsi à diminuer l'expectoration et à rendre la respiration plus facile. Pour nourriture, nous permîmes à la malade de prendre du bouillon.

Le diagnostic de la maladie était facile. L'absence d'une douleur fixe dans la poitrine, la nature des crachats, la résonnance parfaite à la percussion, les accès suffocatoires de toux et le râle muqueux et sonore ; tout cela joint au commémoratif, suffirait pour distinguer cette affection d'une pneumonie ou d'une pleurite et faire diagnostiquer un catarrhe aigu enté sur un catarrhe chronique. Si cette malade n'avait pas été soulagée par la médication, l'obstruction mécanique par les mucosités accumulées dans les bronches aurait seule pu devenir cause d'une terminaison fatale. Tel étant le danger, l'indication était de prévenir l'accumulation ultérieure de mucus, d'empêcher sa sécrétion abondante. Souvent le début d'un catarrhe aigu, lorsqu'il survient chez un individu atteint de catarrhe chronique, est marqué par une accélération du pouls, par une chaleur de la peau et par le cortège ordinaire des symptômes de la fièvre. Ne vous trompez pas, surtout chez des personnes avancées en âge, en opposant à ce mouvement fébrile un traitement évacuant énergique. Quelques légers purgatifs et les rafraîchissans suffisent toutes les fois, pour conjurer en un ou deux jours cet orgasme vasculaire. La congestion locale se termine par une sécrétion abondante de mucus, naturelle à la membrane muqueuse dans la bronchite chronique. Or, il faut ensuite toutes les forces du malade, pour délivrer les poumons de cette quantité de mucosités, qui s'accumulent dans les voies aériennes. Mais à l'aide d'un traitement énergique, et surtout des saignées, nous verrons l'épuisement survenir, à mesure que la fièvre diminue et c'est alors notre activité intempestive que nous devrons accuser d'avoir transformé un catarrhe aigu en un catarrhe suffocatif. Nous avons administré à la malade une décoction de sénéga avec la teinture de scille et l'éther nitrique, que nous fîmes suivre de l'usage du baume de copahu. On appelle ces remèdes des expectorans, et on range sous cette dénomination des agens doués des propriétés bien différentes et qu'on donne dans divers buts. Lorsque nous administrâmes des expectorans, notre but était de diminuer l'irritation ; et nous prescrivîmes alors des émolliens avec des petites quantités d'opium ou de jusquiame ; dès que la sécrétion se fit sans irritation, nous n'eûmes plus besoin de donner d'autres remèdes, afin de diminuer ou d'augmenter cette sécrétion. Dans d'autres cas, comme par exemple dans ceux appelés communément bronchite sèche, le malade n'obtient de soulagement que par une sécrétion copieuse des bronches ; et nous cherchons de la seconder par des inhalations de vapeurs, par l'administration de l'ipecacuanha, etc. Dans le cas actuel cependant, notre but, en donnant un remède de ce genre, a été entièrement opposé à celui qu'exprime le mot expectorant ; loin de provoquer la sécrétion bronchiale, nous avons cherché, au contraire, d'en diminuer la quantité, parce que celle-ci menaçait de suffoquer la malade ou de paralyser les efforts musculaires nécessaires pour l'expectoration. Ces observations nous démontrent suffisamment que le choix d'un expectorant n'est pas indifférent.

J'ai indiqué plus haut comment la mort survient dans des anciennes bronchites ; lorsqu'on ne parvient pas à les arrêter dans leur marche, elles se transforment en catarrhe suffocant ; et telle sera probablement la fin de cette femme, dès qu'elle s'exposera de nouveau à l'action des causes, qui ont originairement donné lieu à son affection catarrhale. Vous voyez un exemple de cette issue chez le nommé Roberts. Lorsqu'il a été transporté à l'hôpital, il était déjà hydropique ; sa peau était froide ; le pouls faible, à 60 ; la face œdématiée ; les lèvres livides ; décubitus dorsal impossible, crainte de suffoquer : la respiration est extrêmement laborieuse ; la toux continuelle ; l'expectoration mucoso-purulente ; le bruit respiratoire bruyant et sibilant, mais presque sans râle muqueux. Le défaut de râle muqueux mérite d'être noté ; il pourrait faire supposer que chez ce vieillard les tubes aériens sont beaucoup plus libres que chez la vieille femme, dont nous avons rapporté l'observation. Ne vous trompez pas cependant à cet égard ; l'absence du râle dans ce cas provient en effet de l'état complet d'épuisement, dans lequel le dernier malade se trouve, et qui fait que l'air ne pénétrant pas librement dans les vésicules aériennes ne fait que jouer dans les tuyaux plus larges des bronches. Il n'y a aucun espoir de sauver la vie de Roberts. La maladie a atteint sa dernière période dans une constitution détériorée par l'intempérance. A la maladie de poitrine se joint en outre l'affection des reins, décrite par Bright. Les urines du malade se coagulent. Tout a été fait pour soulager le malade. Nous avons appliqué des vésicatoires, administré un émétique de moutarde et d'ipécacuanha, et une *mixtura camphorata* avec le carbonate d'ammoniaque et l'éther ; son régime consiste dans l'usage du vin et de bon bouillon. En provoquant des vomissemens, vous arrachez quelquefois ces malades à une mort imminente. Mais que le vomitif que vous donnez dans ces cas soit toujours tel qu'il produise un effet certain ; il contribuera en même temps à relever les forces vitales, et il aidera mécaniquement l'action des tubes aériens. L'acte du vomissement est immédiatement précédé d'une contraction spasmodique du diaphragme et des muscles intercostaux, qui produit à l'instant même une dilatation subite de la poitrine et l'expansion des cellules aériennes, telle que les efforts volontaires ne pourraient jamais l'accomplir. L'air se fait ainsi jour à travers les mucosités obstruantes, et, dans les mouvemens subséquens d'expiration, le malade est à même de les expectorer. Roberts cependant est trop avancé, pour qu'on puisse se flatter encore de l'espoir de le sauver ; il commence déjà à tomber dans un état de stupeur demi-comateuse, précurseur invariable de la mort dans ces cas.

Un autre cas mérite encore de fixer votre attention, non en ce qui concerne la précision du diagnostic, mais particulièrement par rapport au succès du traitement employé. Je veux parler d'un cas de rhumatisme chro-

nique, guéri en fort peu de temps au moyen de l'hydriodate de potasse. Il n'est pas de maladie plus ennuyeuse et pour le malade et pour le médecin ; nous pouvons réellement nous féliciter d'avoir trouvé dans l'hydriodate de potasse un remède, qui, sur un nombre donné de malades, en guérira plus que tout autre agent de la matière médicale. Voici en peu de mots les détails du cas que vous avez pu suivre en observant les effets de cette médication.

William Tyndall, âgé de 42 ans, scieur de bois, entré à l'hôpital le 11 octobre, se plaint de douleurs dans les articulations de l'épaule et du bras droits et dans le fémur et la jambe du même côté. Il y a six mois, que ses articulations sont douloureuses ; il a été saigné au début de la maladie. Depuis lors les articulations se sont gonflées, et il a perdu l'usage de ses membres, au point de ne plus pouvoir se livrer à ses occupations. La langue est rouge à sa pointe, brune et chargée à la surface; les urines sont naturelles ; pouls à 70 et faible. Le malade attribue l'origine de son affection à des refroidissemens réitérés. Lorsque la langue fut nettoyée par l'usage des purgatifs, nous fîmes prendre au malade une dissolution de vingt-quatre grains d'hydriodate de potasse dans quatre onces d'eau, à des doses d'une once (contenant trois grains d'hydriodate) de trois en trois heures. Afin d'obtenir les effets purs du médicament, nous l'employâmes seul, sans liniment ou bain. Le succès fut tel, que le 22 novembre le malade, étant libre de douleur, quitta l'hôpital ne conservant de son ancien mal qu'une légère faiblesse dans les membres précédemment affectés.

J'ignore le mode d'action de l'hydriodate de potasse dans le rhumatisme chronique : mais je sais fort bien que c'est un excellent moyen tant dans cette affection que dans la périostite, lorsqu'on le fait suivre de l'emploi des mercuriaux. Il m'a été impossible d'en porter les doses aussi élevées que d'autres praticiens prétendent l'avoir fait. Administré à la dose de huit grains trois ou quatre fois par jour, il donne déjà lieu à une sensation de chaleur dans le pharynx, à des symptômes de gastrite et de réaction générale, qui obligent d'en interrompre l'usage. Je ne pense pas non plus qu'il est convenable de l'administrer lorsque la langue est chargée ou qu'il existe un mouvement fébrile quelconque.

Observation d'hydropisie de l'ovaire, guérie par la rupture accidentelle du kyste ; par le docteur Addison.

Anne Bincks, âgée de 44 ans, veuve depuis trois ans, s'était aperçue pour la première fois, il y a cinq ans, de l'existence d'une tumeur dans la fosse iliaque gauche, qui n'avait d'abord que le volume d'une orange, mais qui grossi rapidement. A cause de cette tumeur et d'un état d'anasarque générale, elle fut reçue à l'hôpital, il y a deux ans. Le ventre présentait alors le volume d'une femme enceinte de sept mois. Après trois mois de séjour à l'hôpital, elle en sortit, guérie de l'anasarque, mais portant toujours un ovaire hydropique, qui donnait à l'abdomen l'apparence et le volume d'une grossesse de cinq mois. Dès lors elle continua de jouir d'une santé passable jusqu'au 10 mars 1834, lorsque occupée à fermer des volets très-lourds, elle tomba en bas des marches d'une petite échelle, qu'elle renversa et qui heurta en même temps son ventre. Elle sentit à l'instant même une douleur atroce et s'évanouit. La malade s'aperçut alors que l'accumulation de fluide, qui avait été circonscrite avant l'accident, s'était répandue dans tout l'abdomen; ce fluide soulevait le diaphragme au point de gêner la respiration. Cet accident semble en outre avoir provoqué une inflammation du péritoine, pour laquelle elle fut saignée, etc. ; enfin se voyant hors d'état de travailler, elle demanda à entrer de nouveau à l'hôpital, où elle fut reçue le 19 mars 1834. La face était pâle et inquiète, la peau froide, la circulation lente, l'abdomen distendu par le liquide ; la pression exercée sur l'abdomen et surtout sur les régions lombaires et iliaques était douloureuse. Le ventre libre ; la langue fort rouge ; la soif considérable ; le pouls à 98 et petit ; les urines étaient abondantes et troubles ; la malade disait avoir perdu de temps à autre du sang par les selles, depuis que cet accident lui était arrivé. Il est inutile d'entrer dans des détails plus circonstanciés, concernant les symptômes, qui furent ceux d'une péritonite générale compliquée d'une légère bronchite, et le traitement employé, qui consista en des saignées et dans l'administration du calomel, de l'antimoine et de l'opium. De cette manière l'état de la malade s'améliora ; les gencives s'affectèrent le 22 ; et depuis ce jour, la quantité de liquide diminua rapidement, de sorte que le 5 avril on ne distinguait plus aucune fluctuation, tandis qu'on constata distinctement les résidus d'une tumeur de l'ovaire, s'étendant en travers d'une fosse iliaque à l'autre. — Le 7 avril, la descente du kyste ou quelque autre changement occasionné par l'accident semblait avoir formé un obstacle au reflux du sang à travers la veine iliaque et donna lieu à une légère *phlegmasia dolens* de l'extrémité inférieure gauche, qui cependant céda en quinze jours à un traitement approprié.

Cette femme est entrée de nouveau en service ; et jusqu'à ce moment (décembre 1835) il n'y a pas eu de retour de l'affection hydropique, quoiqu'on sente toujours encore distinctement une petite tumeur dans la région iliaque gauche.

(*Guy's Hospital Reports, janv.* 1836).

RUST MAGAZIN

FUER DIE GESAMMTE HEILKUNDE.

Observations sur les plaies du cou ; par M. le professeur Dieffenbach.

Si nos connaissances sur les plaies du cou sont restées jusqu'à présent si peu satisfaisantes, l'auteur de ces observations croit qu'il faut l'attribuer aux circonstances suivantes : 1° il est rare qu'un chirurgien observe un grand nombre de ce genre de plaies ; 2° la plupart des individus qui se sont infligés une plaie du cou qui divise les gros vaisseaux ou qui a pénétré dans la trachée artère meurent : leurs guérisons sont des événemens presque inouïs ; quant aux blessures superficielles et petites de cette région, on pense généralement que leur relation ne mérite pas d'être communiquée. C'est précisement de ce dernier genre de plaies que M. Diffenbach traite en détail dans cet article. Après avoir fait remarquer les dangers qui accompagnent les plaies du cou en général, il nous apprend qu'il a souvent vu devenir mortelles des plaies simples des tégumens de cette région, sans aucune lésion des parties nobles, ainsi que des abcès simples du cou. Le tissu cellulaire sous-cutané s'enflammait, se sphacélait, le pus fusait dans différens sens et parvenait en suivant les fibres du muscle sterno-cleïdo-mastoïdien, dans la cavité du médiastin antérieur. Ces accidens arrivèrent même nonobstant de grandes incisions, pratiquées de bonne heure dans le but de prévenir cette issue. Ce qui est encore fort remarquable, c'est que M. Dieffenbach n'a pas observé une seule issue de ce genre, lorsque les plaies superficielles du cou ont été faites *par la main d'un autre,* par exemple, dans un duel ; il les a exclusivement rencontrées *sur des individus suicides,* chez lesquels il y a concours de plusieurs circonstances, qui provoquent ce degré extraordinaire de vulnérabilité ; telles, par exemple, les affections morales, la constitution physique, la détérioration des forces vitales à la suite de maladies et d'influences affaiblissantes de toute espèce, etc. Les plus petites plaies du cou, même si elles n'ont guère divisé que la peau, guérissent chez ces individus avec une extrême lenteur. L'auteur rapporte plusieurs observations qui viennent confirmer ses assertions.

Les dangers de la lésion sont naturellement plus grands encore, lorsque la plaie est plus profonde, que la trachée-artère ou le larynx se trouvent lésés et lorsque l'air sort et entre librement par la plaie. Encore cette plaie n'est-elle pas mortelle par elle-même, mais elle le devient ordinairement par l'inflammation consécutive de la trachée-artère, qui s'étend quelquefois jusque dans les bronches ; par le sang et le pus, qui descendent dans les voies aériennes, etc.

Il est cependant rare que la lésion de la trachée-artère et du cou, à moins qu'il n'y ait en même temps lésion des gros vaisseaux, devienne rapidement mortelle. L'auteur en rapporte un exemple. Le danger d'une plaie récente du cou peut encore être augmenté par l'existence de lésions d'autres parties du corps ou par le développement rapide d'une affection aiguë. C'est ce que l'auteur a observé dans un cas où il survint un *delirium tremens.* Les suicides continuent quelquefois longtemps à vivre avec des plaies du cou qui pénètrent profondément dans les voies aériennes ; néanmoins l'art ne parvient pas, malgré tous les soins, à les sauver. D'autres fois lorsque toutes ces apparences semblent annoncer une guérison heureuse, il survient encore des accidens fâcheux qui en interrompent les progrès. Quelquefois une plaie *dangereuse* du cou se complique d'une autre affection très-dangereuse en elle-même (comme par exemple de la gangrène nosocomiale), ou les tentatives de suicide sont accomplies avec une certaine fureur (et par conséquent, les lésions sont très-considérables), et malgré toutes ces circonstances défavorables la guérison a lieu. Pour confirmer de ce qu'il avance, l'auteur rapporte l'observation de guérison remarquable d'une plaie du cou extrêmement étendue avec division complète de la trachée-artère et de l'œsophage. Voici ce fait :

Nicolas Kaempf, âgé de 36 ans, sujet depuis plusieurs années à des retours de mélancolie, s'enfonça pendant un accès de colère, un couteau dans le côté gauche du cou, d'où il le retira en tranchant. Il tomba à terre sans connaissance à la suite de l'hémorrhagie violente qui se fit par la plaie. Celle-ci, longue de quatre pouces, occupait la plus grande partie de la surface antérieure du cou et s'étendait dans une direction parallèle à la mâchoire inférieure, en commençant immédiatement au-dessus du larynx, au milieu du cou, jusqu'à l'extrémité supérieure du muscle sterno-cleïdo-mastoïdien. Le larynx était entièrement divisé ; l'œsophage l'était jusqu'à sa paroi postérieure. L'artère carotide n'était pas intéressée. On n'appliqua point d'appareil de pansement ; le cou fut fomenté avec de l'eau froide et une garde-malade prit soin que la tête restât toujours dans une position penchée sur le côté droit. Le reste du traitement était antiphlogistique. La suppuration et la granulation ne se firent par attendre ; déjà au bout de 8 jours la plaie s'était considérablement retrécie et les bords du larynx étaient presque réunis. La guérison fut complète au bout de trois semaines et le malade en même temps guéri de sa mélancolie.

M. Dieffenbach rapporte à cette occasion, un autre cas de plaie pénétrante de la trachée-artère et de l'œsophage, suite d'un *abcès gangréneux*, où la face et quelques endroits du corps présentaient une teinte semblable à celle d'un cholérique ou d'un individu qui a pris pendant quelque temps du nitrate d'argent. L'auteur dit n'avoir jamais rien vu de semblable, sinon pendant l'épidémie de choléra. Ce malade guérit néanmoins parfaitement dans l'espace de sept semaines.

Plusieurs observations de plaies simples du cou, rapportées en détail par M. Dieffenbach, n'ont de valeur pour le chirurgien que pour autant que malgré l'âge le plus différent des individus et malgré tous les soins apportés à la réunion immédiate au moyen des sutures, et des fomentations froides, dans aucune de ces plaies la réunion immédiate n'a pu être obtenue et toutes ont passé à la suppuration. L'auteur en trouve la cause autant dans la dépression des fonctions reproductrices des malades par suite de l'affection mélancolique (suicides), que dans la structure relâchée du derme du cou, relâchement qui donne lieu à des épanchemens sanguins dans le fond de la plaie au-dessous des tégumens réunis, et qui empêche la formation d'une adhésion immédiate.

Enfin voici les résultats et les conclusions, auxquels l'auteur est conduit par les observations et les expériences qu'il a faites :

1. *Les plaies cutanées simples* du cou guérissent très-rarement par première intention. Les *plaies du cou*, quand même *elles ne pénètrent pas dans les voies aériennes*, peuvent entraîner la mort par l'effet de la suppuration du tissu cellulaire et des fusées purulentes, auxquelles elles donnent lieu.

2. Les *petites* plaies du cou, qui pénètrent dans les voies aériennes, deviennent souvent mortelles. Il y a d'autre part, de *grandes plaies du cou*, qui guérissent quoiqu'elles divisent la trachée-artère et l'œsophage. Il en est d'elles comme des fractures du crâne. Cela provient peut-être de ce que dans les blessures *petites* et *profondes* l'inflammation et la suppuration font des progrès en profondeur, tandis que dans les *grandes* blessures l'inflammation a plus particulièrement son siége à la surface et réagit moins sur les tissus profonds.

3. La *suture* est inutile ; elle augmente l'irritation et l'inflammation et favorise le passage du sang et du pus dans les voies aériennes.

4. C'est surtout dans les plaies étendues de la trachée-artère *que la suture agit de la manière la plus désavantageuse*. Le travail de la granulation suffit pour rapprocher les bords de la trachée-artère.

5. L'auteur rejette entièrement comme inutile et nuisible, la *suture de la peau* au-dessus de la plaie de la trachée-artère réunie par le moyen de la suture.

6. Il rejette de même la *réunion de la peau* au-dessus d'une plaie de la trachée-artère qu'on n'aurait pas réunie.

7. Il regarde le bonnet dit de *Kœhler* comme un pansement extrêmement *nuisible* et incommode pour le malade.

8. La méthode de traitement qui paraît la meilleure est la suivante : simple réunion au moyen des bandelettes dans les *plaies cutanées*. Lorsque les plaies pénètrent dans la trachée-artère ou dans le larynx, n'importe qu'elles soient petites ou grandes, *aucun pansement* de la plaie ; fomentations avec l'eau froide et propreté. L'auteur remplace le bonnet de Kœhler par *deux bons infirmiers* qui surveillent le malade, et dont l'un est sans cesse occupé de modérer l'agitation et les mouvemens de la tête. Parmi les moyens thérapeutiques, les *saignées* occupent le premier rang; qu'on maintienne le malade, pour ainsi dire, *in minima vita ;* il faut ici employer le même traitement que dans les plaies pénétrantes de la poitrine. Il ne faut employer à l'intérieur d'autres médicamens que les *mucilagineux*, avec l'un ou l'autre narcotique. Lorsque la première période du danger est passée et que la plaie commence à entrer en suppuration, il faut la panser de manière que l'ouverture des voies aériennes reste ouverte; on doit toujours tâcher d'enlever le pus pour que l'ouverture n'en soit pas obstruée.

HUFELAND'S UND OSANN'S,

JOURNAL DER PRAKTISCHEN HEILKUNDE.

Remarques cliniques sur la syphilis; par A. Droste, à Osnabrueck.

A. *Sur la gonorrhée.* Il y a maintenant un siècle que Cockburne a le premier émis l'opinion que la gonorrhée n'est pas une affection de nature syphilitique : cette opinion fut soutenue plus tard par Fabre, Balfour, Tode, et A. Cooper ; Autenrieth et Ritter, de leur côté lui donnèrent plus de poids en faisant connaître leurs observations sur la différence des affections syphilitiques consécutives. M. Simon jeune est venu défendre cette théorie, en montrant que les traces historiques de la gonorrhée se laissent poursuivre jusqu'à l'origine même de l'histoire, et que de véritables épidémies de cette maladie ont été observées plusieurs fois et très-longtemps avant l'apparition de la maladie vénérienne. Il est d'autres médecins, qui, tout en prenant la gonorrhée pour une affection de nature syphilitique, pensent que la contagion gonorrhoïque a subi une telle modification et qu'elle est si peu intense, qu'elle ne peut plus donner lieu à elle seule à des ulcères vénériens ou à une *lues* générale. D'autres encore défendent comme indubitable l'identité du virus gonorrhoïque et chancreux ; ils pensent que l'origine de la gonorrhée provient de la *lues,* et que la gonorrhée, à son tour, peut produire l'infection vénérienne. Les recherches modernes enfin, instituées par des savans illustres, font supposer que la contagion gonorrhoïque est en effet un virus *sui generis* et essentiellement différent du virus syphilitique; que cette contagion reste toujours la même dans l'infection et qu'elle ne peut jamais donner lieu à une *lues universelle.* Quoique M. Droste est loin de croire qu'il soit possible d'arriver dorénavant à une conclusion finale concernant cette question, il est aussi d'avis que les deux ordres d'affections dépendent d'une seule et même contagion, et que le mode d'infection, c'est-à-dire, sa manifestation sous l'une ou sous l'autre forme, diffère suivant la susceptibilité et la prédisposition de l'individu et suivant que la matière virulente est mise en contact avec l'une ou l'autre partie du corps. Son expérience aussi lui a appris que deux hommes ayant cohabité avec la même femme infectée, l'un d'eux peut être atteint de gonorrhée et l'autre de chancre. Le virus syphilitique lui semble subir une modification par la gonorrhée; il paraît perdre de son intensité par l'effet de la sécrétion muqueuse continuelle. S'il n'en était pas ainsi, si la sécrétion ne mitigeait ou n'anéantissait pas le virus, il faudrait qu'il se format des ulcères, du moins dans la gonorrhée batarde.

Dans des constitutions vigoureuses, la gonorrhée peut atteindre par elle-même ou par suite des écarts de régime et d'une médication irrationnelle, une intensité phlogistique très-considérable. Après la suppression subite de la sécrétion urétrale, la gonorrhée peut, par métastase, provoquer une sécrétion abondante et pituiteuse dans les parties organiques membraneuses et glanduleuses, comme dans la caroncule lacrymale, dans les glandes de Meïbomius, les fosses nasales, les glandes bronchiques, etc., ou elle occasionne, par sympathie nerveuse, une inflammation locale et étendue dans des parties qui ne se trouvent pas dans des rapports d'affinité avec les organes génitaux ; enfin, par la transmission immédiate des matières sécrétées sur d'autres membranes muqueuses, la gonorrhée peut produire des troubles fonctionnels ; *mais jamais le virus gonorrhoïque ne peut infecter toutes les humeurs de l'organisme au point de produire une maladie générale et différente de la lues.*

Quant au traitement de la gonorrhée adopté par l'auteur, nous nous bornons à reproduire la formule suivante de pilules dont il fait usage à la seconde période du mal, lorsque l'écoulement commence à devenir plus séreux et plus abondant et que la douleur est moins forte.

R. Ceræ flavæ, unc. 1/2, liquefactæ leni calore admisce agitando ;
Mellis commun. dr. 2;
Refrigerato adde
Camphoræ q. vis (gr. v. — scrup. 1/2 — scrup. j).
T. l. a. pilulæ n° CXX, consperg.
Pollinc Lycopodii. D. S.

A prendre toutes les deux à trois heures cinq à dix pilules.

Le camphre n'y entre pas toujours, quoique dans la composition de cette masse pilulaire, ce remède sert à émousser l'irritabilité des voies urinaires, à modérer l'âcreté des urines et à diminuer la sécrétion muqueuse de l'urètre. A partir de la troisième période non douloureuse, l'auteur donne les *cubèbes.* La sécrétion muqueuse se prolonge-t-elle, tend-t-elle à devenir chronique, alors il fait prendre avec succès l'électuaire suivant :

R. Aq. cerasorum ;
Pulv. cubebar. ana, unc. j ;
Balf. copaivæ,
Syr. amygdal. ana unc 1/2 ;
Acidi sulphurici diluti, dr. 1/2.
M. S.

De trois en trois heures une cuillerée à thé.

L'auteur ne saurait approuver la méthode de *Pitschaft,* de traiter la gonorrhée par la térébenthine de

Venise dans toutes les périodes. Ce remède employé trop tôt, augmente l'inflammation et la douleur, et ne peut être administré plus tôt que le baume de copahu.

B. Sur la lues venerea. La résorption rapide et facile du virus syphilitique fait qu'on peut regarder l'infection comme générale, quand même il n'y a que des ulcères extrêmement petits et peu considérables. M. Droste appelle le travail morbide qui produit les symptômes de l'affection vénérienne, une *phlogose lymphatique;* ce travail a lieu surtout dans des organes qui appartiennent aux fonctions de la reproduction et dont la structure se caractérise par la prédominance des vaisseaux lymphatiques. La marche de ces symptômes, pourvu qu'on leur laisse la liberté de se développer, reste presque toujours égale. Il est rare que cette affection, en se propageant, passe aux parties les plus voisines de l'affection locale, lorsqu'elles ont de l'affinité pour le virus. Elle se propage des parties génitales aux glandes des aînes ; de là à la gorge, de là à la peau et enfin de celle-ci aux os. Laisse-t-on marcher la maladie, sans lui opposer des remèdes, bientôt la consomption s'empare du malade, dont les souffrances deviennent de jour en jour plus atroces. L'auteur donne aussi la part d'éloges au mercure, remède souverain, auquel on revient toujours en dernier lieu après mille essais avec d'autres remèdes. Il s'explique la manière d'agir de ce médicament héroïque, en adoptant l'opinion de Hunter et de Hufeland, « que le mercure, ainsi que le virus vénérien, agit en partie comme stimulant et en partie comme agent chimique, qui, en pénétrant l'organisation, y provoque un travail propre à exciter le système des vaisseaux lymphatiques et à modifier la matière organique, surtout la lymphe, travail qui serait diamétralement opposé à l'action spécifique de la maladie vénérienne. »

De toutes les méthodes de traitement, M. Drost a reconnu celle de *Dzondi* la plus sûre, la plus rapide dans ses effets et la plus commode, et il assure qu'il ne l'a pas trouvée une seule fois en défaut. Afin de protéger l'estomac contre l'action nuisible du sublimé et en même temps pour aider son action sur le système cutané, M. Droste ajoute ordinairement à la masse pilulaire de *Dzondi* de petites doses d'opium et même quelquefois de camphre. Aussi ne prescrit-il jamais à la fois toute la masse pilulaire, contenant douze grains de sublimé ; il commence, au contraire, par en prescrire un grain, ensuite deux grains ; plus tard quatre grains, selon que cela est jugé convenable, pour arriver au nombre de pilules prescrit par Dzondi. De cette manière les malades sont mieux contrôlés et surveillés par le médecin, et on prévient la décomposition du deutochlorure de mercure. Le malade prend en même temps une décoction de salsepareille, préparée avec une cuillerée à soupe de cette racine ; on lui recommande de se tenir aussi chaudement que possible et d'observer un régime convenable et sévère, de s'abstenir de la viande de porc, d'oie, de canard, de gibier, du fromage, des acides et du lait. Les malades ne peuvent-ils pas garder la maison et demeurer dans une température égale, il faut qu'ils s'habillent chaudement et avec beaucoup de précautions, qu'ils évitent autant que possible l'air du soir et qu'ils prennent beaucoup de thé. On ajoute dans ce cas, du camphre aux pilules, et on fait prendre en outre du gajac. Si une circonstance quelconque vient interrompre le traitement, on continue plus tard avec le même nombre de pilules, auquel on s'était arrêté. Si le malade les rejette par le vomissement, on en supplée la dose perdue par un nombre égal de pilules. L'auteur n'applique des remèdes locaux, que lorsqu'il y a des ulcères phagédéniques, qui font craindre une perte considérable de substance.

Le corps une fois imprégné de mercure et les douze grains de sublimé ayant été pris de la manière prescrite, il suffit, si la maladie n'était pas encore entièrement éteinte, d'administrer le sublimé en petites doses, contenues en 20, 22, ou 24 pilules, et continuées encore jusqu'à usage complet de six grains, pour détruire les restes du mal. Aussi longtemps qu'il se manifeste encore des traces du virus vénérien, le sublimé administré d'après cette méthode ne peut pas nuire ; il semble, pour ainsi dire, s'amalgamer avec le virus. L'organisme se débarrasse facilement des doses trop grandes. Ce sont les doses plus petites, dont la résorption se fait facilement et avec rapidité, et dont l'usage continuel produit des effets marqués ; ce sont elles qui produisent facilement un excès de saturation de l'organisme, et ce n'est qu'alors qu'elles commencent à produire des effets nuisibles qui se manifestent insensiblement, mais d'une manière permanente et terrible. On ne sait pas quand il faut en discontinuer l'usage ; on ne sait pas jusqu'à quel point on peut aller ; et bien des fois des symptômes fâcheux sont le résultat de doses trop fortes de sublimé. Alors surviennent des accidens, semblables aux phénomènes de la maladie vénérienne et qu'on prend en effet pour tels ; on a de nouveau recours au mercure et la maladie s'aggrave par son usage. Les ulcères de la gorge prennent un caractère plus rebelle, ils deviennent phagédéniques : il s'élève de nouveau des tumeurs glandulaires, des callosités de la peau et des taches rouges, avec une vésicule centrale qui se rompt et se transforme en ulcère à bords durs, la peau devient livide en certaines parties, il s'y joint des douleurs dans les articulations ; les cicatrices des chancres, dont le fond conservait encore quelque chose de dur, s'ouvrent de nouveau ; la suppuration des bubons devient plus mauvaise, les excroissances poussent avec plus de force et sous des formes hideuses ; une suppuration sanieuse s'établit au-dessous d'elles. Les ulcères attaquent les os voisins, et prennent même un aspect carcinomateux ; enfin le malade dépérit, une fièvre lente survient ; il s'y joint œdème des pieds, paralysie partielle, amaurose, tremblement des membres et une mort inévitable termine la triste scène.

Ce n'est cependant pas à l'abus du mercure seul, mais aussi à un traitement mal dirigé ou à des fautes de régime, qu'on doit attribuer l'origine de ces accidens. Toutefois il est toujours difficile de déterminer les limites, où la syphilis cesse et où la dyscrasie mercurielle commence.

ZEITSCHRIFT

FUER DIE GESAMMTE MEDICIN, MIT BESONDERER RUECKSICHT AUS HOSPITALPRAXIS UND AUSLAENDISCHE LITERATUR. HERAUSGEGEBEN VON J. F. DIEFFENBACH IN BERLIN, J. C. G. FRICKE UND F. W. OPPENHEIM IN HAMBURG.

Ce journal, dont nous venons de recevoir la première livraison et qui paraît mensuellement depuis le mois de janvier 1836, remplace le *Journal fuer Auslaendische Literatur*, publié jusqu'à présent sous la direction de Gerson et Julius. La réunion de trois praticiens aussi célèbres que ceux qui se sont chargés de la rédaction de cette nouvelle production périodique, est une sûre garantie de sa valeur intrinsèque. Nous nous empressons de présenter à nos lecteurs, comme spécimen de son contenu, l'article suivant.

Sur le traitement de l'inflammation du testicule, par le moyen de la compression; par Fricke.

L'inflammation du testicule, soit qu'elle siége dans le testicule même, ou dans ses membranes, ou dans l'épididyme, est toujours une affection fort désagréable pour le malade, tant à cause des inconvéniens sans nombre dont le traitement ordinaire est accompagné, qu'à cause du temps nécessaire pour la guérison. Voilà les motifs qui ont porté M. Fricke à substituer une nouvelle méthode de traitement de l'orchite à celle employée jusqu'ici. Les expériences faites au moyen de la *compression*, ont répondu à l'attente de l'auteur, qui nous assure avoir trouvé en elle un moyen aussi simple que peu douloureux et rapide dans ses effets. Suivant lui, on peut employer la compression en général, dans toutes les formes de tuméfaction phlegmasique des testicules, quelle que soit la cause qui lui ait donné naissance. Elle n'a pas été moins efficace dans l'orchite traumatique que dans l'orchite consécutive à la gonorrhée. Le degré et la durée de l'inflammation furent sans influence sur le succès du traitement. Le succès fut aussi le même dans les inflammations chroniques et dans le début de l'affection ayant un caractère aigu.

Un dérangement général des fonctions fut la seule contre-indication à son application. L'orchite était-elle occasionnée par des écarts dans le régime et surtout par l'abus des boissons spiritueuses, ou était-elle compliquée de symptômes gastriques, il était nécessaire de réduire d'abord l'orchite à son expression simple, avant d'avoir recours à la compression; faute de quoi le succès ne fut pas aussi heureux.

Bien qu'à la suite de la compression, la douleur du testicule enflammé devient quelquefois fort intense, elle ne persiste jamais longtemps, et souvent, après un quart-d'heure de souffrances des plus violentes, le malade se trouve en état de se lever et de se promener dans sa chambre.

Lorsque le gonflement phlegmasique du testicule était encore à son début, une seule compression suffisait souvent pour le faire disparaître. La maladie datait-elle depuis six à huit jours, il était quelquefois nécessaire de revenir deux à trois fois à la compression. Cette méthode n'est pas contre-indiquée par le gonflement du cordon spermatique, pourvu que celui-ci ne soit pas très-considérable et qu'il ne s'étende pas jusque dans l'anneau inguinal, ni par d'autres phénomènes externes, tels que des bubons, des ulcères, etc. Ces derniers ne subirent pas de changement sous l'influence de la compression, mais l'amélioration marchait souvent de pair avec la diminution de l'affection testiculaire, qui semblait y entretenir une espèce d'irritation sympathique. La compression a été le meilleur moyen pour faire cesser l'état fébrile qui accompagne quelquefois l'orchite. Elle fut supportée malgré qu'il y eût tension considérable, rougeur foncée, et même des excoriations au scrotum.

S'il y a un inconvénient attaché à cette méthode, ce sont les douleurs qu'elle occasionne. Cependant, M. Fricke ne s'en aperçut qu'au commencement de ses essais et l'attribue à ce qu'il exerçait alors une compression trop forte. Depuis qu'il évite cet inconvénient, les malades ne se plaignent plus de douleurs.

L'auteur a eu plusieurs fois occasion de constater, par la compression, les rapports sympathiques qui existent entre les organes de la génération et ceux de la digestion. Chez quelques individus, sans que d'autres symptômes de dérangement gastrique eussent précédé, il survint pendant l'emploi de la compression, des nausées, des envies de vomir, un goût amer dans la bouche. Tant que ces symptômes persistèrent, la compression resta sans effet; ni les douleurs, ni la tumeur ne diminuèrent. Ces symptômes ne tardaient pas à céder à l'enlèvement de l'appareil compressif, à l'application des cataplasmes sur la région épigastrique, à l'administration d'un vomitif, etc. Au reste, les cas où la compression donne lieu à un trouble gastrique, sont des exceptions si rares, qu'ils ne peuvent rien ôter à la valeur de cette méthode. Ce qu'il est essentiel d'observer, c'est qu'il faut faire cesser la compression, dès qu'on s'aperçoit de l'existence de cette sorte d'irritation gastrique.

Le résultat avantageux de la compression ne tarde pas à se manifester bientôt après son application. La di-

minution rapide des douleurs est l'indice le plus sûr de son efficacité.

Voici les résultats d'une comparaison de 74 cas d'inflammation, tant aiguë que chronique du testicule. Sur 51 cas de phlegmasie aiguë, 18 furent traités au moyen de sangsues, de cataplasmes, d'emplâtres, etc.; 33 furent soumis à la compression. Il fallut pour ces derniers un terme moyen de 9 jours pour achever la guérison, tandis que ceux traités sans compression restèrent 13 jours en traitement. Dans 14 cas chroniques, traités à l'aide de la compression, le terme moyen de 12 jours suffit pour les guérir, tandis qu'il fallait 14 jours pour ceux traités sans compression. Notons encore que parmi les premiers 33 malades, il y en eut 5 guéris à l'aide de la compression en 3 jours; 5 autres en 5 et 6 jours, et 6 en 7 jours. Sur les 18 cas traités par d'autres moyens, une seule fois la résolution s'opéra en 3 jours, une autre fois en 5, 2 fois en 7 à 8, et 7 fois en 8 à 11 jours. Dans les 14 cas d'inflammation chronique traités par la compression, la guérison se fit une fois en 2, le plus souvent en 10 à 12 jours; tandis que dans les neuf cas traités par les cataplasmes, les sangsues, etc., jamais la guérison n'eut lieu en moins de 8 jours.

Dans les derniers temps, où l'auteur, instruit par l'expérience, a su employer la compression avec plus de discernement, elle a fourni des résultats qui sont encore plus satisfaisans. Sur 17 cas d'inflammation du testicule, traités pendant l'été passé, un a été guéri en un jour, 4 l'ont été en deux jours, 4 en trois jours, 2 en quatre jours, 3 en cinq jours, et un malade portant une tumeur des deux testicules, a été guéri en 9 jours. Un autre, atteint depuis trois semaines d'une tumeur du testicule compliquée d'hydrocèle, fut guéri en dix jours, après que l'hydrocèle avait été préalablement évacué par l'acupuncture; et le même temps suffit pour guérir un malade chez lequel la tumeur était très-considérable et compliquée de varicocèle.

Dans presque deux tiers de ces cas, il ne resta au testicule aucune trace de tumeur ni de dureté. Une tumeur très-dure de l'épididyme, datant de plusieurs semaines et consécutive à une tumeur du testicule, céda en quatre semaines à la compression.

M. Fricke se sert, pour faire la compression du testicule, de bandelettes larges d'un pouce et longues d'une aune, de sparadrap très-collant, qui ne contient pas de substances irritantes. Le malade, étant couché sur le bord d'un lit ou d'un sofa, de manière que le scrotum se trouve dans une position pendante, le chirurgien saisit d'une main le scrotum et cherche à isoler le testicule malade du testicule sain, en refoulant de l'autre main la peau du scrotum sur le testicule du côté malade. Le cordon spermatique est isolé de la même manière. Un aide ou le malade lui-même maintient les testicules dans leur isolement. Le chirurgien commence alors à appliquer la première bandelette un pouce au-dessus du testicule, en forme de circulaire autour du cordon. Il en applique de la même manière une seconde, qui recouvre la première entièrement ou en partie. C'est surtout cet acte de la compression qui exige beaucoup d'attention. Il faut que les bandelettes entourent très-étroitement le cordon, pour que le testicule, surtout lorsqu'on le comprime à sa partie inférieure, ne puisse s'échapper en haut, ce qui rendrait l'opération non-seulement très-douloureuse, mais inutile. Après avoir appliqué les bandelettes autour du cordon, on descend vers la base du testicule, toujours en tours de cercle. Arrivés là, la tumeur présente sa plus grande circonférence, les circulaires deviennent impossibles. Le chirurgien, saisissant alors avec la main gauche la partie où il a appliqué les premières bandelettes, en fait partir d'autres dans la direction du diamètre longitudinal du testicule et les fait passer autour de la base de la tumeur, en fixant leur bout sur son côté opposé. Il faut un nombre suffisant de bandelettes pour que toutes les parties du scrotum et le testicule se trouvent enveloppées et comprimées par l'appareil.

Lorsque les deux testicules sont malades, l'un sert de point d'appui à l'autre pour l'application des bandelettes circulaires.

Le renouvellement du pansement dépend de la diminution de la tumeur et des autres phénomènes morbides. Une seule compression suffit dans un grand nombre de cas.

En résumé, la compression semble offrir les avantages suivans pour le traitement de l'orchite :

1° La cessation instantanée des douleurs.

2° La guérison rapide de l'affection. Les expériences de M. Fricke prouvent que la guérison par la compression s'opère en bien moins de temps que par toutes les autres méthodes de traitement.

3° La simplicité de la méthode, qui ne produit que peu de gêne pour le malade.

4° Le peu de frais qu'elle occasionne, et enfin le peu de soins qu'elle exige. Ces deux derniers points sont surtout d'une importance majeure pour la pratique des hôpitaux.

MEDICINISCHE JAHRBUECHER

DES

ŒSTERREICHISCHEN STAATES.

Sur les évacuations sanguines par la saignée et les sangsues; par J. Berres, professeur d'anatomie à l'Université de Vienne.

Il est peu de maladies, qui, du moins à leur début, ne soient compliquées de symptômes inflammatoires et requièrent par conséquent des évacuations sanguines. La plupart des médecins rationnels sont d'accord sur l'importance et la nécessité de ce grand remède; mais il existe encore une grande différence d'opinions *relativement à la manière dont il faut effectuer l'évacuation et sur l'action des différentes méthodes d'évacuation sanguine.* Les uns pensent que toutes les fois qu'une évacuation sanguine est indiquée, le choix de son mode, ou au moyen de la saignée générale ou de la saignée locale, est indifférent; d'autres y attachent au contraire une grande importance, supposant que par les sangsues appliquées dans le voisinage de l'organe affecté ils soustraient à ce dernier le sang plus immédiatement; ou (et c'est l'opinion de la plupart des praticiens) qu'une saignée abondante et rapide l'emporte de beaucoup sur l'évacuation lente faite par l'application réitérée des sangsues.

M. Berres trouve la raison de cette divergence d'opinions sur la valeur des diverses méthodes d'évacuations sanguines, dans *le défaut des notions précises de la disposition anatomique des systèmes des vaisseaux, de la circulation dans leurs différentes divisions et de la fonction physiologique de certaines régions vasculaires.* C'est dans l'intention de faire cesser la confusion qui règne dans l'emploi de ces agens thérapeutiques, que l'auteur s'est cru engagé de rassembler les expériences modernes sur la structure et les fonctions du système vasculaire, pour en tirer des conclusions pratiques concernant le choix des divers modes d'évacuations sanguines.

Il est démontré aujourd'hui à l'évidence que les artères et les veines se réunissent dans leurs dernières ramifications en un cercle vasculaire, d'une manière non interrompue par des vaisseaux intermédiaires. A l'exception des vaisseaux intermédiaires de la membrane muqueuse de l'utérus, il n'y a pas une seule partie de l'organisme, où il se fasse dans l'état normal une extravasation du *sang rouge.* Il n'y a que la sérosité du sang, sous forme de gaz, qui puisse pénétrer les parois des vaisseaux capillaires et pourvoir ainsi aux fonctions de nutrition, de la formation et de la sécrétion dans les tissus. Nous savons par expérience, que le torrent circulatoire contient une quantité d'autant plus petite de sérosité qu'il s'approche davantage du réseau vasculaire intermédiaire et de l'origine des veines. *Or, le sang abonde relativement en globules dans le réseau vasculaire intermédiaire (capillaire); mais celui-ci contient en même temps moins de sérum.* Les veines, de leur côté, reçoivent, surtout en raison de leur réunion intime avec le système des vaisseaux lymphatiques, une grande quantité de nouvelle sérosité et de lymphe. *Les veines contiennent ainsi les matériaux bruts de la sanguification proprement dite, elles sont, pour ainsi dire, le magasin et le laboratoire de la sanguification et de la plasticité du sang artériel.*

Après ce préambule physiologique que les bornes de notre journal ne nous permettent que d'indiquer brièvement, l'auteur pose les questions suivantes :

1° *Une évacuation sanguine peut-elle être locale sous le rapport de l'évacuation même et de ses effets?*

Considérant ce qui a été dit plus haut sur la non-interruption de toutes les parties du cercle vasculaire, il résulte qu'une évacuation, de quelqu'espèce qu'elle soit, *intéressera toujours le système sanguin entier* et enlèvera le sang à la quantité totale de ce fluide. Or, il est faux de supposer que ce qu'on appelle évacuation locale, se circonscrive dans une certaine région, ou qu'une évacuation de ce genre affaiblisse l'organisme moins qu'une saignée générale. Une pareille évacuation réellement topique, ne pourrait être présumée que dans les cas très-rares où l'organe sous-jacent se trouverait en communication vasculaire et immédiate avec la peau; et alors même elle ne serait que temporaire. Ceux qui appliquent dans une pneumonie ou dans une entérite des sangsues au thorax ou autour du nombril, s'imaginent-ils réellement soustraire directement le sang aux poumons ou aux intestins? Où est-ce qu'on s'égare avec de pareilles théories? Or, à la rigueur du mot, *il n'y a pas de saignée locale; toute évacuation sanguine est générale.*

2° *Y a-t-il une différence réelle relativement aux effets primitifs et consécutifs entre les évacuations sanguines faites dans différentes parties du système vasculaire ou par l'un ou l'autre des modes usuels d'évacuation?*

Oui, il y a des différences d'une très-haute importance. Tous les médecins judicieux sont aujourd'hui d'ac-

cord qu'une *saignée* est moins douloureuse, qu'elle est une opération plus facile et plus commode pour le malade que l'application des sangsues; le médecin apprécie au juste la quantité de sang qu'il veut évacuer, il n'y a pas d'hémorrhagie, pas d'accidens nerveux à craindre après une saignée; enfin le malade se rétablit plus vite de cette opération que de celle occasionnée par les sangsues. Mais M. Berres fait entrevoir encore d'autres différences tirées de l'action de ces deux modes d'évacuation, afin d'assigner à chacun d'eux sa véritable place. Nous avons vu plus haut que le sang des veines est non-seulement riche en globules, mais aussi en lymphe et en nouveaux matériaux. La phlébotomie, par conséquent, soustrait à la masse du sang une quantité à peu près égale de globules et de sérum, et occasionne par là, à la fois *une diminution de l'action vitale du sang, de la sanguification et de sa plasticité.* — Les *vaisseaux capillaires* (intermédiaires selon l'auteur), au contraire, contiennent plus de globules que du sérum et ils sont partout entourés d'une couche de matière primitive ou nerveuse, d'où les vaisseaux lymphatiques et les tubules nerveux prennent leur origine. Ce n'est que par une *lésion multipliée* de ces vaisseaux très-déliés et par une destruction simultanée de la matière sensitive que l'évacuation sanguine, appelée topique, a lieu. *Or, les sangsues, les scarifications, etc., évacuent relativement plus de globules de sang que du sérum et donnent souvent lieu à une destruction considérable de la matière sensitive de la partie.*

De ce qui précède, on peut déduire les règles thérapeutiques suivantes, concernant l'un ou l'autre mode d'évacuation sanguine. L'application des sangsues ne serait indiquée que dans les cas suivans :

a. Quand après l'emploi d'une saignée générale et considérable le sang conserve encore une certaine épaisseur (*spissitudo*);

b. Lorsqu'on a l'intention d'opérer, outre l'évacuation sanguine, une révulsion du torrent circulatoire vers certaines parties du système vasculaire comme par exemple vers les organes génitaux, vers le rectum, etc.;

c. Lorsqu'après la dépression de l'orgasme vasculaire par le moyen des saignées, il reste encore un léger degré d'inflammation rhumatismale ou arthritique des tissus membraneux à combattre;

d. Dans les légères inflammations des tissus sous-cutanés (des glandes, des muscles, des aponévroses), dont les vaisseaux communiquent ensemble;

e. Enfin là, où la saignée générale est impossible, à cause du peu de développement des veines superficielles.

Dans tous les autres cas qui exigent une évacuation sanguine, la saignée générale est le premier et le meilleur remède, et il ne saurait être remplacé d'aucune autre manière.

Lorsque cependant il faut en venir à l'application des sangsues, il s'agit d'éviter les inconvéniens attachés à leur emploi et que nous avons signalés plus haut, savoir: a, de limiter autant que possible la lésion du système capillaire; b, d'opérer l'évacuation sanguine le plus rapidement possible; c, de pouvoir arrêter l'écoulement à gré; et d, de pouvoir diminuer d'une manière égale et à la fois l'orgasme et la plasticité du sang.

Pour obtenir ces avantages, M. Berres propose de changer la manière usuelle d'appliquer les sangsues, *en en plaçant un plus petit nombre au-dessus des petites ramifications veineuses qu'on voit superficiellement au coude ou au coude-pied.* L'auteur pense que de cette manière on obtiendra plus de sang même avec un plus petit nombre de sangsues; les papilles nerveuses éprouveront moins de lésion; l'hémorrhagie pourra être arrêtée plus facilement par un pansement compressif; la partie souffrante ne devra pas être dénudée, etc.

Observation d'une hypertrophie de la rate. — Rate de 9 1/2 livres de poids.

A. D., bonne d'enfant, âgée de 27 ans, non-mariée, d'un tempérament lymphatique, avait toujours joui d'une bonne santé. Les règles n'avaient paru qu'à la dix-huitième année et elles disparurent une année plus tard sans cause connue, et sans qu'il en résultât aucune altération dans sa santé. Un an plus tard la malade s'aperçut pour la première fois d'une tumeur petite, mobile et indolente, du volume d'une noix, dans l'abdomen, au-dessous des fausses côtes du côté gauche. Peu à peu le ventre augmenta de volume, de manière à simuler une grossesse commençante, sans que cela empêchât la malade de continuer son service. Elle fit usage de divers remèdes internes et externes, entre autres des bains, mais sans aucun succès. La tumeur au contraire semblait plutôt s'accroître en volume. L'application de sangsues au périnée provoqua la menstruation, qui continua régulièrement pendant un an, sans exercer la moindre influence sur la tumeur. Celle-ci grossit peu à peu et donna bientôt à l'abdomen l'apparence d'une grossesse arrivée à sa dernière période. La santé générale de la malade ne commença à s'altérer que trois ou quatre ans avant sa mort. Le corps s'amaigrit lentement, sans fièvre, sans soif; l'appétit resta naturel, la langue toujours nette, le sommeil assez bon; la sécrétion urinaire un peu plus fréquente, mais moins abondante qu'à l'ordinaire, probablement par suite de la compression des voies urinaires; pas de dyspnée; toux légère et sèche.

C'est dans cet état que M. Dreshsler vît la malade: elle avait alors des hémorrhagies assez abondantes et opiniâtres du nez, auxquelles l'auteur opposa outre les remèdes externes usités, une fois la saignée du bras, avec succès. Le sang présentait toujours sa couleur et ses qualités naturelles. L'amaigrissement était devenu tel qu'on pouvait voir et sentir la tumeur avec facilité. Elle remplissait presque toute la cavité abdominale, était dure comme la pierre et indolente. La malade succomba sans angoisse ni douleur particulières et avec pleine connaissance.

A l'autopsie on trouva le poumon gauche un peu comprimé et le cœur considérablement refoulé vers le

côté droit. Les organes de l'abdomen et la matrice étaient à l'état naturel. La rate recouvrait le tout comme un corps de cuirasse brillant ; elle était suspendue au moyen de ses ligamens naturels, qui étaient alongés. Les *vasa brevia* avaient le volume d'un large tuyau de plume. La rate présentait dans toute son étendue un lustre de nâcre et une consistance tendineuse. Son poids était de 9 1/2 livres.

Cette observation vient de nouveau confirmer que malgré les désorganisations les plus étendues des organes internes les fonctions vitales peuvent s'accomplir pendant longtemps et simuler même un certain bien-être. La rate surtout paraît occuper un rang inférieur, quant à l'importance de ses fonctions, parmi les organes internes en général ; c'est ainsi qu'elle peut être enlevée chez les animaux, sans que l'existence de ces derniers soit interrompue.

Un autre résultat qu'on peut inférer de l'observation précédente, c'est que les désorganisations pathologiques les plus considérables d'organes internes peuvent se former, sans être nécessairement la conséquence de l'inflammation, comme l'école moderne voudrait nous le faire croire. Cette tumeur se forma et se développa, sans occasionner de la douleur, ni la fièvre, ni aucun symptôme inflammatoire quelconque. Enfin l'issue mortelle semble avoir été amenée plutôt d'une manière mécanique que dynamique.

RADIUS UND CLARUS,

BEITRAEGE ZUR PRACTISCHEN HEILKUNDE.

Observations sur l'induration de l'orifice cardiaque de l'estomac ; par Ettmueller.

L'auteur a eu occasion d'observer dans le cours de la même année quatre cas de cette dysphagie organique.

Les sujets de ces observations étaient des hommes âgés de 36, 53, 54 et 62 ans. Deux d'entre eux étaient bouchers, le troisième était meunier et le quatrième brasseur. Deux de ces malades s'étaient adonnés à l'abus des boissons spiritueuses ; chez trois la vie domestique avait été agitée ; un d'eux avait souffert auparavant des hémorrhoïdes ; et un autre était atteint d'une affection goutteuse et anomale tant avant que pendant la maladie. Les symptômes, présentés en commun par ces malades, furent les suivans : Digestion difficile, datant de plusieurs années ; difficulté du passage des alimens à un certain endroit de l'œsophage que les malades pouvaient indiquer avec précision ; ordinairement ils n'y avaient pas fait attention au début du mal et ne s'en plaignaient que lorsqu'il avait fait des progrès. Dans trois de ces cas les malades ne pouvaient avaler que des bouillies et des bouillons ; dans le quatrième la déglutition des alimens solides était plus facile que celle des liquides. Vomissemens fréquens, deux à trois heures après le repas ; dans la dernière période du mal même bientôt après, et souvent pendant le repas. Nausées et regurgitation de mucosités, qui étaient rejetées seules ou en même temps que les alimens ; les mucosités étaient dans un cas striées de sang. Les malades éprouvaient constamment un sentiment de pression à l'endroit sensible ; la déglutition s'accomplissait avec des sueurs et des angoisses, aussi lentement que possible et par petites bouchées. Dans tous les cas la langue était chargée de mucus, le ventre constipé. Avant que l'auteur fut consulté, les malades avaient déjà fait usage d'un grand nombre de remèdes, le plus souvent des stimulans, (comme par exemple du poivre et de la poudre de pipes de terre dans l'eau-de-vie) ou des purgatifs (comme le séné, la rhubarbe, l'aloès).

Le premier cas (celui d'un boucher âgé de 62 ans) se termina en fièvre hectique : le troisième (un paysan, âgé de 53 ans) succomba dans un accès de vomissemens. Le quatrième malade fut perdu de vue. Il rapporte plus en détail l'observation d'un seul de ces quatre malades qui parvint à la guérison.

La voici :

W., âgé de 36 ans, meunier de profession, maigre, d'une taille moyenne, d'un teint jaune et blafard, avait souffert dans son enfance d'affections scrophuleuses et plus tard à plusieurs reprises d'ophthalmie. Depuis trois ans il souffrait d'une douleur périodique, au-dessous du cartilage xiphoïde du sternum, qui, dans le principe ne se faisait sentir qu'après l'ingestion d'alimens difficiles à digérer. Plus tard il s'y joignît quelquefois, ordinairement deux à trois heures après le repas, des vomissemens. Souvent le malade fut saisi à jeûne de nausées extrêmement incommodes, suivies de l'expulsion d'un peu de mucosités. Peu à peu les douleurs devinrent plus fréquentes et plus intenses ; le malade croyait sentir du feu que l'on verse sur une plaie. Il ne pouvait plus supporter des alimens solides, et même difficilement les liquides. Toutefois il était obligé d'ingérer tout ce qu'il prenait à des intervales d'une à deux minutes par petites cuillerées. En avalant il sentait une douleur brûlante et lancinante au moment où les alimens traversaient l'obstacle ; tous les jours il avait des vomissemens, souvent avant d'avoir pris la valeur d'une tasse de légère bouillie. Une sonde munie d'une petite tête en éponge introduite dans l'œsophage au-dessus du cardia, provoquait de vives douleurs et ne pouvait passer au-delà de l'endroit sensible. Le malade était constamment en proie à une faim qu'il ne pouvait satisfaire ; le ventre était constipé ; des excrémens durs et conglobés étaient évacués seulement tous les cinq jours ; la langue était blanchâtre ; amaigrissement considérable, sans qu'il y eût encore du mouvement fébrile vers le soir. Pouls fréquent, petit, faible, mais régulier. Avant que le mal fut parvenu à ce point, le malade avait souvent souffert des douleurs des reins, mais il n'avait jamais des véritables hémorrhoïdes.

Voici les remèdes qui furent employés durant un traitement de trois mois. On appliqua quatre fois, à des intervalles de 8 jours, des sangsues, au nombre de huit, à l'épigastre, sur l'endroit douloureux. Pendant cinq semaines on fit, deux fois par jour, des frictions avec l'onguent suivant :

R. Extr. Belladonn. ʒj.
Ungt. neapolit.
Liniment volat. ana ℥ β.

Et on administra à l'intérieur d'abord :

R. Extr. Belladonn. ℈ β
Aq. Lauro cer. ℥ j.

A prendre 30 à 40 gouttes trois fois par jour ; et plus tard des pilules :

R. Calomel. gran. X
Extr. Cicut. 3 β
Aloes.
Gummi ammoniac. ana 3 j.
Tinct. Rhei 3 jjj.
Extr. taraxac. q. s. ut f. pil. nº CLXXX.

A en prendre cinq pilules deux fois par jour.

On administrait en outre tous les jours un ou deux lavemens composés d'une décoct. rad. gramin et tarax; de trois en trois jours il prit un bain général, et tous les jours des bains de pieds stimulans. On lui fit porter de la flanelle sur tout le corps. Lorsque, après deux mois de traitement, il se montra des douleurs des reins, on eut encore (deux fois en quatre semaines) recours à l'application de 6 sangsues à l'anus. Le malade fut mis à un régime lacté. A l'aide de ce traitement l'amélioration fut telle, qu'après 14 semaines la guérison était complète. Cet individu est maintenant (un an depuis la cessation des remèdes) délivré de toutes ses souffrances passées; il a gagné en force et en embonpoint et est sur le point de se marier. Il supporte même des alimens solides, la viande, les pommes de terre, etc., sans en éprouver aucune sensation désagréable.

WOCHENSCHRIFT

FUER DIE GESAMMTE HEILKUNDE, VON CASPER.

Observations sur la pathologie des maladies de consomption ; par le doct. de Stosch.

Ire *Observation.* Un jeune homme, âgé d'environ 30 ans, d'un tempérament atrabiliaire, cheveux et yeux noirs, était hypocondriaque depuis plusieurs années. Au moment où l'auteur entreprit de le traiter, il avait déjà considérablement dépéri, sans cependant être alité. Il se plaignait surtout de faiblesse et d'une sensation de tension et de malaise dans le bas-ventre, qui n'était ni enflé, ni dur, ni sensible à la pression. L'appétit était en même temps faible, la langue légèrement enduite; la soif n'était pas augmentée. Des remèdes purgatifs, en faisant cesser l'état de constipation habituel, étaient toujours suivis d'un soulagement momentané. Les urines étaient limpides, mais plus saturées qu'à l'ordinaire. Le malade dormait assez bien, respirait sans aucune difficulté et était exempt de fièvre; son pouls, quoique un peu accéléré, peu résistant et faible, était cependant régulier. La tête, sauf la concentration continuelle de l'attention du malade sur son état, était libre. M. Stosch prescrivit des pilules, composées d'asa-fœtida et d'extraits de plantes amères et résolutives et des lavemens viscéraux à l'instar de ceux de *Kaempf.* Le célèbre Berends, qui fut consulté, diagnostiqua une espèce particulière de consomption, occupant le mésentère, avec atrophie complète des glandes mésentériques, et proposa l'usage des toniques et d'un régime nourrissant et fortifiant. Peu de jours après, le malade, après avoir assisté à un dîner, fut trouvé étendu mort dans son lit. Il avait encore bien dormi la nuit précédente mais peu de temps après s'être levé, saisi tout à coup d'une sensation de syncope, il était mort sans agonie. On ne permit pas de faire l'autopsie.

IIme *Observation.* Une jolie demoiselle de 18 ans, ayant autrefois joui d'une santé florissante, chevelure blonde, taille svelte, perdit peu à peu ses couleurs et sa gaîté et commença à maigrir. En même temps elle se plaignit d'une sensation de tension et de gonflement, des constriction dans l'abdomen, de plénitude, de défaut d'appétit et surtout de constipation. Toutes les autres fonctions étaient normales, la menstruation, quoique peu abondante, était cependant régulière, la tête et la poitrine étaient libres, le sommeil bon; on ne remarquait pas de fièvre, sauf de temps à autre des palpitations de cœur, probablement par suite de la disposition morbide du système nerveux. Jusqu'alors la malade avait pris des purgatifs, dont les effets n'étaient toujours que palliatifs. L'auteur changea la médication et ordonna des lavemens faits avec des amers et la valériane, et à l'intérieur une infusion de quassia avec l'éther acétique et des petites doses d'eau de Spa, plusieurs fois par jour. L'état de la malade s'améliora visiblement et au bout de quelques mois elle semblait marcher vers une guérison prochaine, lorsqu'à la suite d'un refroidissement violent elle est attaquée d'une fièvre rhumatismale avec affection douloureuse de l'hypocondre droit. Cette dernière maladie cède aux remèdes appropriés, mais une coloration jaunâtre de la peau autour de la bouche et du nez subsiste. La malade quittant alors Berlin, l'auteur la perdit de vue. Le médecin qui lui donna ensuite des soins crut avoir affaire à des obstructions; il eut de nouveau recours à la méthode purgative et résolutive, qui ne tarda pas d'épuiser les forces de la malade. La maigreur devint extrême, il survint de la fièvre et la malade succomba. L'autopsie ne fut pas non plus faite dans ce cas.

Hallé rapporte dans les *Mémoires de l'institut national des sciences et arts pour l'an* IV *de la république* (Mathém. et Physique, tom. I. p. 536), un cas tout à fait analogue aux précédens et qui intéresse par la relation exacte des altérations trouvées après la mort. Une fille de 25 ans, d'un caractère timide, s'aperçut depuis sa 17me jusqu'à sa 21me année que l'écoulement des règles diminuait peu à peu et finit par cesser entièrement. Depuis cette époque elle maigrit et perdit ses forces, sans qu'aucune autre évacuation fut augmentée et sans que les jambes se gonflèrent. Bientôt parurent au cou et à la poitrine des taches brunes jaunâtres; elle mangeait beaucoup, digérait apparemment bien, avait des selles régulières, dormait peu et se sentait surtout le soir fort abattue, sans cependant qu'elle eût pour cela négligé ses occupations de ménage. Le dépérissement augmenta de jour en jour. Huit jours avant sa mort elle eût quelquefois des accès d'une petite toux et de dyspnée. Le jour où elle succomba elle se sentit extraordinairement épuisée; son haleine était courte, son pouls très-lent et faible, son regard languissant, propension au sommeil et ne quitta plus le lit. A l'autopsie on trouva tout le corps excessivement maigre, la peau dépourvue de graisse, et comme collée sur les os, le ventre affaissé, l'épiploon et le mésentère sans trace de graisse, des excrémens compactes et de couleur naturelle dans le colon, la vésicule biliaire presque vide, blanchâtre; les organes circonvoisins n'offraient pas la teinte bilieuse. Les glandes mésentériques n'étaient ni agrandies ni obstruées; mais, chose remarquable, elles n'offraient pas de trace de vaisseaux lymphatiques. Dans la région inguinale on trouva, après avoir enlevé la peau, des

filets desséchés d'un blanc mat et assez consistans, ressemblant aux nerfs et offrant des renflemens ganglionnaires; un examen plus attentif les fit reconnaître pour des glandes inguinales avec leurs vaisseaux oblitérés. Les artères étaient partout vides; les veines, au contraire, étaient gorgées de sang, surtout sur la grande courbure de l'estomac; tous les autres organes étaient à l'état naturel, mais très-petits en volume, de même que toutes les glands du corps; les parties génitales externes étaient excessivement maigres. Les côtes des deux côtés étaient séparées par des intervalles remarquablement grands (d'environ trois travers de doigts), ce qui donnait au thorax une forme très-oblongue et étroite.

En résumant l'ensemble des phénomènes morbides dans les deux premières observations, dit M. Stosch, nous pouvons les réduire à un amaigrissement progressif, joint à une diminution proportionnelle des forces et à une espèce d'hypocondrie sans développement de fièvre. C'est dans une augmentation morbide *de l'action résorbante de la veine-porte*, par suite de laquelle le chyle ne peut pas être élaboré comme il devrait l'être, qu'il faut chercher la cause de cet état de consomption. Ce qui paraît confirmer cette opinion, c'est le défaut d'altération dans aucun organe, la régularité des sécrétions en général, et la formation abondante d'excrémens, qui ne se trouvèrent pas en rapport avec les alimens pris par les malades. Nous rencontrons des observations semblables à celles-ci dans les ouvrages de Ballonius, Morgagni, Whytt, Lorry, Dupré de Lisle et autres. Cette maladie insidieuse paraît attaquer de préférence des personnes parvenues à la fleur de l'âge, et plus particulièrement les femmes que les hommes. Il est donc d'une grande importance de ne pas négliger des phénomènes d'hypocondrie apparente, surtout lorsqu'ils marchent de pair avec une diminution notable de l'embonpoint et des forces. Nous pouvons encore présumer le caractère dangereux de cette affection, lorsque l'emploi des moyens dits résolutifs, qui ne manquent jamais de soulager les véritables hypocondriaques, est suivi de l'effet contraire. Quant à la thérapeutique à suivre dans ces cas, nous trouvons des données excellentes dans l'ouvrage de Berends (*Prælectiones de morbis tabificis*), à l'occasion de ce qu'il appelle *Atrophia hystericarum et hypochondriacorum*. Cet auteur recommande surtout un régime approprié du corps et de l'ame et l'emploi graduel des toniques.

JOURNAL FUER CHIRURGIE

UND AUGENHEILKUNDE, VON V. GRAEVE U. V WALTHER.

Sur les tumeurs du larynx ; par le professeur Albers, de Bonn.

Les tumeurs du larynx sont des affections très-rares et très-remarquables par le caractère particulier des phénomènes auxquels elle donne lieu. M. Albers a eu occasion d'observer deux malades atteints de ce genre de tumeur ; le premier il y a neuf ans, et alors l'auteur ne l'observa pas avec toute l'attention nécessaire ; et le second cas il y a deux ans. Ce dernier a été observé avec l'attention la plus scrupuleuse, et c'est peut-être le seul cas consigné dans les fastes de la science dont les phénomènes ont été tracés pendant le vivant du malade avec toute l'exactitude désirable. M. Albers a abandonné ses matériaux à un de ses élèves, M. le docteur Urner, qui a traité des tumeurs du larynx dans une thèse (*Dissertatio de tumoribus in cavo laryngis*), où il a rassemblé tout ce qui a été connu jusqu'ici sur ce sujet. M. Albers nous communique l'extrait de cette dissertation, dans laquelle se trouvent consignées ses propres expériences.

M. Urner énumère les espèces suivantes de tumeurs du larynx.

I. *Hydatides dans le larynx.* La plupart des cas rapportés, surtout par Ploucquet et Lentin, comme exemples d'hydatides du larynx, ne paraissent avoir été que des cas d'œdème de cet organe. Aubertin, Otto et Delormes ont cependant observé de véritables hydatides.

II. *Kystes dans le larynx.* On ne connaît qu'un seul cas de ce genre, rapporté par Albers dans sa Monographie sur les maladies du larynx. Il est du plus haut intérêt et prouve le succès qu'on peut attendre de l'opération de la laryngo-trachéotomie dans les cas de tumeurs du larynx.

III. *Polypes dans le larynx.* Ce chapitre comprend un grand nombre de cas fort intéressans, observés par Zwinger, Morgagni, Lieutaud, Herbiniaux, Desault, Voigtel, Wendt, Otto et Prinz. Le dernier raconte un cas de polype dans le larynx d'un cheval, où la trachéotomie a été couronnée de succès. L'auteur a observé lui-même un cas appartenant à cette catégorie.

Le malade, menuisier, âgé de 54 ans, issu de parens sains, dit avoir souffert dans son enfance du carreau et d'engorgemens glandulaires au cou. Depuis ce temps, quoique devenant fort et robuste, il fut constamment en proie à une toux sèche. Sa santé était bonne du reste. Une contusion de la poitrine, reçue par accident, en renversant un arbre, fut négligée ; le malade ne chercha du secours que lorsqu'il y fut forcé par la gravité de la dyspnée, accompagnée d'expectoration sanguine et d'une toux violente. La douleur et l'expectoration cédèrent à trois saignées et à l'application de plusieurs ventouses scarifiées, et il ne resta plus qu'une toux sèche et violente Elle fut suivie d'une hépatite, combattue avec succès par les évacuations sanguines topiques. L'état du malade resta stationnaire pendant plusieurs années. Il y a cinq ans que la toux se compliqua de douleurs et d'une expectoration abondante et striée de sang, de vertiges, de douleurs dans le côté droit du front et de faiblesse générale. La région sous-clavière gauche était le siége de douleurs qui tourmentaient beaucoup le malade et diminuaient après la saignée. L'usage continuel d'eau de Seltz avec du lait changea le caractère des crachats, qui devinrent extrêmement épais et gluans ; en même temps les forces se relevèrent au point que le malade put se livrer de nouveau à son travail. Six mois plus tard il s'évanouit tout à coup et sans symptômes précurseurs, et lorsqu'il revint à lui-même, il fut saisi d'un terrible accès d'hémoptysie et cracha près de 7 livres de sang en trois jours. Le crachement de sang céda aux saignées et à l'usage du sel culinaire. Mais dès lors la toux devint plus intense ; le malade expectora beaucoup de matières jaunes et fétides ; il devint agité, perdit ses forces et se plaignit de maux de gorge. Sa voix devint rauque. Après être resté trois mois dans cet état et avoir essayé une foule de remèdes domestiques, il entra (trois ans avant sa mort) dans les salles de la clinique de Bonn. Voici l'état dans lequel se trouvait alors le malade : Habitus hémoptoïque, cou alongé et le larynx saillant ; teint pâle, absence complète de la voix, larynx douloureux à la pression ; la parole provoque des douleurs dans cet organe ; toux intense et creuse ; crachats jaunâtres, abondans, mêlés de sang et d'une fétidité extrême ; défaut du bruit respiratoire au-dessous de la clavicule gauche, où on entend quelquefois, lorsque le malade parle, un son aigu ; d'autres fois un râle sec et caverneux ; à cet endroit la percussion donne un son mat dans une plus grande étendue que du côté opposé ; partout ailleurs on distingue le bruit respiratoire ; respiration très-courte et difficile, décubitus horizontal impossible, besoin fréquent d'uriner, urines limpides. Le malade dit sentir quelquefois des douleurs répandues dans tout le bas-ventre, qui cessent après une évacuation. Il se plaint aussi de douleurs des reins ; l'appétit est faible ; il n'a du goût que pour des choses excitantes. Le pouls fréquent, la peau brûlante, le sommeil assez paisible, l'amaigrissement général ; les pieds sont œdématiés et le

siége de douleurs vagues. Le malade porte un cautère au bras gauche. — Le diagnostic fut : Vomique du lobe supérieur du poumon gauche; inflammation et exsudation dans la région des ligamens inférieurs de la glotte et entérite muqueuse. Ne pouvant pas suivre l'auteur dans les détails minutieux de son observation, nous nous bornons à dire qu'en dépit des moyens les plus divers qu'on employa, il n'y eut pendant deux ans aucune amélioration essentielle dans l'état du malade. En février 1832, il se joignit à la raucité de la voix de la difficulté dans la déglutition ; le malade ne pouvait plus quitter son lit. La pectoriloquie s'était étendue au côté gauche ; l'expectoration se faisait en telle abondance, que le malade remplissait journellement trois vases de la capacité d'un litre ; vers le soir, le malade fut souvent saisi d'accès de suffocation, qui duraient pendant dix minutes et se terminaient par une sorte de syncope. C'est dans un pareil accès qu'il expira.

Autopsie, 40 heures après la mort. — On ne trouva rien d'anormal dans la cavité du crâne. La muqueuse du pharynx, surtout au voisinage de la glotte, était parsemée d'une foule de petits follicules muqueux, arrondis et blanchâtres; le larynx extraordinairement volumineux; les deux ligamens inférieurs de la glotte occupés par une tumeur petite, ronde, du volume d'une aveline; sarcomateuse, dure au toucher et attachée de chaque côté par une racine. Derrière cette tumeur ronde et entre les ventricules de Morgagni se trouvait un enfoncement, qui pouvait en partie recevoir ce corps mobile ; de sorte que, rentré dans cet enfoncement, il n'obstruait la glotte qu'à moitié. Le ventricule de Morgagni du côté droit était presque tout à fait effacé ; celui du côté gauche existait encore, quoiqu'à l'état de rétrécissement. Les ligamens inférieurs de la glotte avaient subi la déviation la plus notable. La membrane muqueuse, voisine de la tumeur et de la glotte, était en partie engorgée et épaissie, et en partie couverte de petits ulcères et comme si elle avait été rongée. Elle ne présentait rien de morbide à la partie inférieure du larynx et dans la trachée-artère. A l'endroit où l'enfoncement se trouvait derrière la tumeur, le cartilage thyroïde était attaqué de carie, sans être détruit dans toute son épaisseur. La glande thyroïde était plus volumineuse qu'à l'ordinaire ; le pharynx et les nerfs du cou dans l'état naturel. Le poumon gauche était adhérent à la plèvre dans presque toute son étendue, surtout à son lobe supérieur, qui renfermait une caverne du volume d'un œuf d'oie. Quelques tubercules dans la partie supérieure du poumon droit.

IV. *Tumeur fongueuse de nature inconnue.* Elle fut observée chez une femme âgée de 40 ans, adonnée aux boissons et aux excès vénériens ; l'affection s'était peu à peu développée et avait duré presque trois ans avant de se terminer par la mort. La dyspnée s'était graduellement augmentée jusqu'à un certain point ; puis elle resta stationnaire pendant 17 mois ; la malade mourut de suffocation. Ce cas est relaté dans les *Archives générales.*

V. *Sarcôme médullaire dans le larynx.* Ce cas a été observé par M. Tourtual à Munster.

Un ecclésiastique, âgé de 60 ans, se plaignait, en novembre 1826, d'un obstacle dans la gorge avec enrouement de la voix et de la toux, qui l'empêchait de parler. Lorsqu'il prenait des spiritueux, dont il était amateur, il sentait comme un corps brûlant précisément dans la région du larynx ; la respiration n'était pas gênée. Vers le soir il y avait fièvre ; le malade avait maigri. On lui prescrivit l'extrait de jusquiame avec le soufre doré d'antimoine et un vésicatoire perpétuel au cou. Mais le malade, ne voulant pas suivre un régime convenable, les remèdes restèrent sans effet. C'est en janvier 1827 que M. Tourtual, consulté par le malade, le trouva dans l'état suivant : Raucité continuelle (qui se transforma en aphonie complète huit jours avant la mort), élancemens dans la région gonflée de la grande corne gauche de l'os hyoïde. Le malade y éprouvait une sensation comme si le fragment d'un os pointu s'y était accroché en avalant. Cette sensation, parfois insupportable, ne diminuait que lorsque le malade expectorait, en toussant, quelques gouttes de suppuration. Quinze jours avant la mort, la toux devint spasmodique au point de ressembler à une coqueluche ; elle durait souvent pendant une minute et menaçait de suffocation. Sauf l'expectoration d'un peu de mucosités, la toux était sèche. La douleur poignante s'augmentait aussi à la déglutition, surtout d'alimens solides, et celle-ci était ordinairement suivie de toux, de sorte que dans les derniers jours de la vie, le malade ne put prendre que des liquides. Dans un violent accès de toux, le malade suffoqua. A l'autopsie, on trouva un sarcôme médullaire du volume d'une noisette dans l'intérieur du larynx, entre la grande corne de l'os hyoïde et l'épiglotte du côté gauche, au-dessous du ligament hypo-épiglottique. Cette tumeur, présentait une masse encéphaloïde, dont une partie était remplie de pus, et s'ouvrait dans le ligament ary-épiglottique. L'épiglotte était refoulée sur le côté, la muqueuse du larynx avait passé en suppuration et était couverte de matière sanieuse ; le ligament de la glotte, ainsi qu'une partie des ventricules de Morgagni, étaient ulcérés et comme érodés.

VI. *Observation d'une tumeur lymphatique dans le larynx.* Un homme, âgé de 66 ans, se plaignait de déglutition difficile, qui s'était augmentée au point que les alimens solides donnaient lieu à des vives douleurs. Cet homme, autrefois d'une constitution robuste, avait beaucoup maigri. La bouche et le pharynx ne présentaient rien d'anormal ; mais à l'extérieur au côté gauche du cou, depuis l'angle de la mâchoire inférieure presque jusqu'à la clavicule on voyait un chapelet de glandes lymphatiques engorgées, et assez volumineuses pour occasionner une compression à l'œsophage et de la difficulté dans la déglutition. Ces tumeurs étaient le résultat d'excès dans les boissons spiritueuses. Le malade n'avait souffert ni de la goutte, ni de la syphilis, ni de la maladie scrofuleuse. On administra l'extrait de ciguë avec le soufre doré d'antimoine et une décoction de sal-

separeille; à l'extérieur on appliqua un emplâtre de ciguë. Ces moyens continués jusqu'à la fin de septembre produisirent un soulagement considérable. Le malade était alors à même d'avaler des alimens bien mâchés sans difficulté, sauf une sensation désagréable dans le larynx. Tout à coup il fut prit d'une fièvre aiguë, dont il mourut le cinquième jour. Quelques adhérences se trouvent entre les poumons et la plèvre costale; les poumons, d'ailleurs de structure normale, contiennent du sang noir. Quelques points ossifiés de divers volume se trouvent aux valvules sémi-lunaires de l'orifice aortique et dans le tronc de l'aorte. Le côté gauche du cou est occupé par des glandes lymphatiques tuméfiées et transformées en des kystes remplis de pus épais et jaunâtre. La plus grande de ces glandes, couverte par la partie inférieure du muscle sterno-cleïdo-mastoïdien, est attachée à la carotide et à la veine jugulaire interne, au moyen d'un tissu cellulaire serré. Les glandes ramollies, qui descendent dans le médiastin jusque derrière la seconde et troisième côtes, ne se trouvent cependant pas en contact avec l'œsophage et ne peuvent, par conséquent pas l'avoir comprimé. Ce n'est que par un examen attentif du larynx, qu'on se rend compte de la cause de la déglutition difficile; il s'y trouve une glande lymphatique grosse comme une noisette, ramollie, et attachée par du tissu cellulaire épais au ligament ary-épiglottique droite; elle fait saillie dans la cavité du pharynx et du larynx et gênait ainsi la déglutition des alimens solides, qui devaient passer sur la tumeur. Ce qui est remarquable c'est la sonoréité de la voix que le malade avait conservée et le peu de toux, dont il ne se plaignait guère.

VII. *Tumeur squirrheuse et carcinomateuse dans le larynx.* On n'a pas encore observé des squirrhes primitifs dans le larynx. La plupart des squirrhes de cet organe n'étaient que des embranchemens de dégénérescence squirrheuse d'autres parties, comme du pharynx et de l'œsophage. Le plus grand nombre d'observations de cette affection sont en général fort obscures.

VIII. *Tumeur cartilagineuse.* On trouve la description d'une tumeur très-remarquable de ce genre, dans *Edinburgh medical and surgical Journal*, vol. 35, et que voici :

Une femme, âgée de 50 ans, était sujette à des accidens très-graves, qui ne pouvaient dépendre que d'une affection laryngienne. La respiration était gênée; des accès de suffocation troublaient le repos pendant la nuit et revenaient souvent même pendant le jour; la glande thyroïde était gonflée et à côté du muscle sterno-cleïdo-mastoïdien droit une tumeur se faisait remarquer. Les remèdes internes demeurant sans succès, le rapporteur de cette observation, M. Macilwain, proposa de faire la trachéotomie, conseil qui fut adopté par deux autres médecins consultans. Mais après avoir fait une incision au cou, les ramifications d'une grosse artère ne laissèrent pas un pouce d'espace pour l'opération, qui devint par cela impossible. La malade succomba dans une attaque de suffocation. A l'autopsie on trouva les poumons sains, le larynx rempli d'une nouvelle formation du tissu dur et presque cartilagineux, obstruant la glotte, au point qu'il fut impossible de comprendre comment la respiration avait encore pu se faire à travers un espace aussi rétréci. Après avoir enlevé la nouvelle formation, on trouva une petite cavité, qui communiquait avec une seconde tumeur extérieure du larynx et cohérente avec le lobe gauche de la glande thyroïde. C'était l'artère innominée qui avait rendu l'opération impossible.

Ce cas prouve à l'évidence qu'il y a des affections du larynx, qui exigent impérieusement la laryngotomie. Si elle avait été pratiquée dans ce cas, elle eut été indubitablement suivie de succès. Malheureusement la tuméfaction de la glande thyroïde vient souvent opposer un obstacle, surtout à la trachéotomie. Cette tuméfaction se voit ordinairement dans les affections chroniques du larynx et elle est d'autant plus développée que le mal a duré plus longtemps et qu'il dépend d'une dégénérescence ou d'une cause dyscrasique. La trachéotomie est plus difficile dans ces cas que la laryngotomie, parce que la glande thyroïde se développe davantage à sa partie inférieure qu'à sa partie supérieure.

IX. *Tumeurs verruqueuses dans le larynx.* Un médecin belge, qui a passé par Bonn, a raconté à M. le professeur Wutzer le cas intéressant qui suit :

Un architecte, âgé de 40 ans, sentait de la gêne dans la respiration et présentait des symptômes, qui indiquaient l'existence d'une tumeur dans le larynx. Tous les moyens internes et extérieurs étaient restés inutiles, de sorte que le médecin du malade résolût de tenter la laryngotomie. Après avoir divisé la glande thyroïde dans sa partie antérieure de bas en haut et écarté ses bords, on aperçut des tumeurs verruqueuses, qui remplissaient la cavité laryngienne. Elles furent cautérisées à l'aide du nitrate de mercure. Peu de jours après la tumeur s'était agrandie au point de rendre la respiration difficile. La plaie qui était déjà presque fermée, fût dilatée et on enleva une partie du cartilage thyroïde. Plus on cautérisait, plus la production morbide semblait s'étendre rapidement. On eût enfin recours à l'emploi du fer rouge; l'inflammation qui s'en suivit ne fût que légère à la partie interne du larynx; mais à sa partie postérieure elle était telle que pendant trois jours il fût impossible au malade d'avaler une goutte de liquide. Quoique les symptômes phlegmasiques vinrent à cesser, les irritations réitérées du larynx avaient provoqué dans ses tissus une plasticité squirrheuse, et la fièvre hectique ne tarda pas à se développer. Le malade n'avait pas encore succombé au moment du départ du médecin qui avait été témoin de ce fait.

X. *Autres tumeurs d'occurrence plus rare.* L'auteur range dans cette catégorie les calculs et les concrétions, jusqu'ici encore peu connus. Ce qui mérite plus d'attention, ce sont les exostoses; elles se développent rarement du côté de la cavité laryngienne; prenant leur origine du bord du cartilage thyroïde, c'est ordinairement en haut et dans la direction du pharynx qu'elles s'étendent et c'est là qu'elles donnent lieu à la gêne dans l'acte de la déglutition.

L'auteur ne prétend pas que toutes les tumeurs énumérées dans ce mémoire soient de nature aussi différente que leur dénomination pourrait le faire croire ; nos connaissances sur leur structure interne, sur leur origine et leurs causes sont encore beaucoup trop imparfaites, pour que nous puissions en tirer des conclusions rigoureuses. Mais ces tumeurs ont cela de commun, que, par leur masse, elles gênent la respiration et la voix, et donnent ainsi lieu à des phénomènes particuliers. Le diagnostic de ces tumeurs est imparfait, parce que nous possédons jusqu'ici peu d'observations, indiquant avec précision les phénomènes qui ont accompagné pendant la vie ces altérations organiques. Là, où il y aurait des signes manifestes d'un obstacle mécanique dans le larynx, on ne devrait pas hésiter d'avoir recours à la laryngotomie ou à la trachéotomie. Nombre de cas viennent prouver l'utilité de cette opération ; elle est le seul moyen d'une guérison radicale de ce genre d'affection.

MISCELLANÉES.

—

Trois reins trouvés dans le cadavre d'un homme. Observation recueillie par C.-H. Thielmann, à Saint-Pétersbourg.

Le matelot S., âgé de 39 ans, d'une constitution robuste, mourût à la suite d'une fièvre adynamique à l'hôpital de la marine à Oranienbaum. A l'autopsie faite le lendemain, on trouva tous les organes des trois cavités dans l'état naturel, à l'exception du système *uropoïétique*, qui présentait l'état suivant : le rein gauche n'offrait, outre son volume extraordinaire, rien d'anormal dans la situation, la couleur, la consistance, ni dans l'insertion de ses vaisseaux et de ses nerfs. (Poids : 8 onces, 3 1/2 gros ; longueur : 4" 6 1/2"' ; largeur, au-dessus du *hilus :* 3" 2"', dans le *hilus :* 2" 6"', et au-dessous du *hilus :* 2" 9"' ; épaisseur : 1" 6 2/3"'.) Le rein droit, dont la structure était tout à fait normale, se trouvait vis-à-vis du rein gauche sur la partie lombaire du diaphragme et le muscle carré lombaire. (Poids : 3 onces, 5 gros, 31 grains. Longueur : 3" 6"'. Largeur au-dessus du *hilus* 2" ; dans le *hilus* 1" 10"' ; au-dessous du *hilus* 2" 2"' ; épaisseur 1" 1 1/2"'.) Son uretère, qui était plus étroit que celui du côté gauche, descendait régulièrement jusqu'à l'endroit où l'aorte se divise dans les deux artères iliaques. Là, il rencontrait une *troisième glande rénale*, qui se trouvait appliquée contre l'artère iliaque droite, une partie de l'artère crurale du même côté, les veines du même nom et le muscle grand psoas. Cette glande était plus volumineuse que le rein droit et avait la forme d'un ovale à extrémités un peu évasées. Sa surface antérieure était convexe, la postérieure était aplatie. L'uretère du rein droit, en passant par un sillon longitudinal de ce rein supernuméraire, se réunissait dans le milieu de cette glande sous un angle aigu avec son uretère ; se dilatait ensuite et descendait dans le même sillon vers la vessie, où il venait s'insérer régulièrement à sa partie inférieure et postérieure. Le troisième rein recevait trois artères : l'une immédiatement de l'artère aorte, l'autre de l'artère iliaque droite et une troisième de la partie antérieure de l'artère hypogastrique. Une de ses veines s'embouchait dans la veine cave ascendante et deux autres dans la veine iliaque droite. Le plexus mésaraïque inférieur lui envoyait des nerfs, qui, par des filets nerveux, étaient en communication tant avec le plexus spermatique qu'avec le plexus rénal droits. Ce rein était tout à fait semblable aux deux autres en couleur et en consistance. Son poids était de 5 onces, 3 gros, 36 grains ; sa longueur de 3" 7"' ; sa largeur prise au milieu de 2" 7 1/2"' ; son épaisseur, de 1" 2"'. Les reins gauche et droit étaient pourvus de leurs glandes surrénales ; le rein supernuméraire, au contraire, n'en possédait pas. La vessie était normale. Aucun symptôme pendant la vie n'avait annoncé cette irrégularité dans l'organisation du système uropoïétique.

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE.

Circulation du sang considérée chez le fœtus de l'homme et comparativement dans les quatre classes d'animaux vertébrés; Tableau synoptique d'anatomie analytique, par G. J. Martin-Saint-Ange, D.-M.

The circulation of the blood as found in the human fœtus and compared with that in the four classes of vertebral animals, translated from the french, by T. J. Jones, D.-M.-P.

Tableau du format grand atlas. — Chez Baillière et Baillet, rue de l'École-de-Médecine, 13 *bis* à Paris. Et à Londres, Sold by J.-B. Baillière, medical bookseller, 219 Regent Street. — Prix de l'exemplaire français col. 13 fr.; noir, 7 fr. Et de l'exempl. anglais col. 14 fr.; noir, 7 fr. 50.

Ce tableau, exécuté et colorié avec le plus grand soin a mérité à l'auteur, en 1831, la seule médaille décernée par l'Académie des sciences pour le grand prix des sciences naturelles, et, en 1832, une seconde médaille, résultat d'un partage du prix annuel de physiologie expérimentale. Cet ouvrage, qui, en une seule grande page résume la matière d'un fort volume, est le résultat de longues et laborieuses recherches; non-seulement l'auteur a eu le talent de réunir tout ce qui était connu sur la grande question de la circulation fœtale chez les vertébrés, mais il a ajouté à son travail une infinité de détails et de faits nouveaux dus à ses ardentes investigations. Trente objets sont représentés dans ce tableau. Le plus considérable occupe le centre; il nous montre un fœtus de six mois révolus, de grandeur naturelle, dessiné avec le plus grand soin, sous le point de vue des dimensions, proportions et rapports des organes, les enveloppes placentaires ouvertes et le cordon ombilical réunissant ces parties. Tout y est représenté avec tant de précision et de netteté, les descriptions qui se trouvent en marge sont si claires, qu'il est impossible de ne pas se former sur le champ une idée de la circulation du sang chez le fœtus humain. On dirait, en examinant la figure coloriée, la nature prise sur le fait. La seconde figure représente le foie d'un fœtus à terme, vu par sa face postérieure et montre la distribution si compliquée des nombreux vaisseaux qui se ramifient dans cet organe et qui jouent un rôle important chez le fœtus. « Elle montre comment s'opère entre les diverses parties du foie le partage très-inégal du sang qu'apportent dans ce viscère la veine porte et la veine ombilicale; partage tel, que certaines parties reçoivent du sang noir fourni par la première, et du sang rouge fourni par la seconde, etc. »

Il serait difficile de donner une idée des vingt-huit autres objets représentés et traités dans le tableau; qu'il nous suffise de dire qu'ils concernent, pour la plupart, la circulation dans les animaux vertébrés (les crocodiles, les ophidiens, les chéloniens et les sauriens, les batraciens, la salamandre crêtée, les poissons) sujet bien moins étudié que la circulation du fœtus, et que l'exactitude des figures et des descriptions répond ici à la perfection que nous avons signalée dans le premier objet traité.

En résumé, le tableau synoptique de M. Martin-Saint-Ange est l'œuvre d'un talent supérieur, où tout est positif et où l'esprit le plus sévère ne trouve rien à redire. Nous en recommandons l'usage à toutes les personnes qui s'occupent des études physiologiques et qui s'intéressent aux progrès de l'anatomie comparée. (M.)

Clinique chirurgicale, exercée particulièrement dans les camps et les hôpitaux militaires, depuis 1792 *jusqu'en* 1836; par M. le baron D. J. Larrey, chirurgien en chef de l'Hôtel des Invalides, membre du conseil de santé des armées, etc. — Tome V, in-8° de 352 pages, avec atlas de 17 planches in-4°. — Prix: 10 fr.—L'ouvrage complet, 5 vol in-8° et atlas de 47 planches, 40 fr. — Paris, J.-B. Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 13 *bis*.

La clinique chirurgicale de M. Larrey est sans contredit un ouvrage remarquable, un monument de plus élevé à la chirurgie française. Quatre volumes avaient déjà été publiés; le cinquième, qui vient de paraître, a pour objet l'étude des effets consécutifs des blessures reçues à l'armée et des opérations pratiquées à l'occasion de ces blessures, et forme le complément nécessaire de l'ouvrage tout entier. L'auteur a suivi la marche qu'il avait déjà adoptée pour les volumes précédens: ainsi, procédant par régions, il examine successivement les effets consécutifs des blessures et des opérations de la tête, du tronc et des organes génito-urinaires, et enfin des membres. L'ouvrage est terminé par un appendice contenant des remarques générales de statistique sur l'Hôtel des Invalides et sur la succursale d'Avignon.

Nous n'avons par la prétention de présenter une analyse complète des matières contenues dans ce volume; nous indiquerons succinctement, parmi les faits nombreux et intéressans si habilement rapportés par l'illustre chirurgien, ceux qui nous ont le plus frappé.

Ce qui nous paraît d'abord digne d'être noté ce sont des observations physiologiques concernant les facultés intellectuelles. Suivant l'assertion de M. Larrey, longtemps avant l'arrivée en France de Gall, il s'était déjà occupé de localiser quelques-unes des facultés fondamentales admises par ce célèbre phrénologiste, et il avait constaté l'influence du cervelet sur les organes génitaux. Nous ferons remarquer qu'en effet, Gall, dans

son grand ouvrage sur les fonctions du cerveau, cite en preuve de l'organe de l'instinct de propagation, des observations recueillies par M. Larrey.

L'auteur de la clinique chirurgicale cite entre autres, l'observation d'une plaie intéressant les circonvolutions latérales des lobes cérébraux antérieurs, qui fut suivie de la perte absolue de la mémoire des noms et des nombres; et celle d'un soldat qui, à la suite d'une fracture de la partie latérale gauche de l'os frontal, perdit totalement le souvenir des particularités même les plus saillantes de sa vie antérieure à l'accident.

M. Larrey a constaté avec M. Savart, le fait curieux qu'à la suite des plaies avec perforation du crâne, si l'on dirige immédiatement la voix sur la cicatrice enfoncée, le blessé répond exactement aux questions qu'on lui adresse, quoiqu'on lui ait parfaitement bouché les oreilles.

A propos de la cataracte, le chirurgien en chef des Invalides établit un parallèle entre les deux méthodes opératoires et se prononce pour l'abaissement. Il combat la méthode opératoire de M. Gerdy pour la cure radicale des hernies par les procédés autoplastiques; il n'est pas non plus partisan de l'emploi de la cautérisation dans les rétrécissemens de l'urètre, qu'il repousse de toutes ses forces, etc., etc.

Nous signalerons encore l'histoire extraordinaire d'un invalide d'Avignon, qui, à peine guéri d'une blessure très-grave reçue à l'assaut de Saint-Jean-d'Acre, contracta la peste. Tombé dangereusement dans un assoupissement léthargique, on le crut mort et il fut jeté dans une fosse commune. Peu d'heures après, la sentinelle placée près de là, le vît s'agiter au milieu des cadavres, courut à son secours, et il fut sauvé. Parvenu à la convalescence, il fut pris d'une nouvelle léthargie et enseveli pour la deuxième fois; cependant un tourbillon emporta le sable mouvant qui le recouvrait, le roula lui-même pendant un certain espace et le rappela à la vie. Ce brave invalide, *deux fois mort, deux fois enterré et deux fois ressuscité*, a raconté lui-même à M. Larrey, il y a encore peu de temps, ces singulières circonstances de l'histoire de sa vie.

L'ouvrage de M. Larrey est terminé par le résumé suivant des blessés de l'Hôtel des Invalides de Paris et de la succursale d'Avignon.

Hôtel des Invalides de Paris. — Nombre des blessés au 21 décembre 1835, 3,415. Sur ce nombre, il y a 510 amputations, savoir : 14 dans l'articulation scapulo-humérale; 145 dans la continuité du bras (l'un d'eux a les deux bras coupés); 65 à l'avant-bras (l'un des blessés a perdu les deux mains); 113 à la cuisse, dont une à l'articulation coxo-fémorale; 170 d'une seule jambe, 15 des deux à la fois; 3 amputations partielles du pied.

Succursale d'Avignon. — Sur 900 mutilés, on compte 150 aveugles, 2 trépanés, 3 doubles amputations de la jambe, 66 amputations simples de la même partie, 46 amputations de la cuisse, 5 partielles du pied, 2 à l'articulation scapulo-humérale, 67 au bras, 7 à l'avant-bras.

La pratique des accouchemens en rapport avec la physiologie et l'expérience; par J.-F. Schweighœuser, l'un des médecins en chef de l'hôpital civil de Strasbourg. 1 vol. in-8° de 300 pages. Paris et Strasbourg, Treutel et Wurtz, libraires. 1835.

Voilà un titre qui promet beaucoup; mais comme dans cette époque croissante d'ouvrages de toute espèce qui inondent la librairie, il ne faut pas s'en tenir aux apparences pour juger de la bonté d'un livre, et que d'ailleurs, notre mission nous impose le devoir de les examiner tous afin de tenir nos lecteurs au courant de la littérature médicale, nous ne devons pas nous contenter d'une simple annonce. Après les ouvrages de MM. Capuron et Velpeau, devenus classiques, il est difficile d'écrire sur l'art des accouchemens et surtout de dire quelque chose de nouveau. Voyons si M. Schweighœuser a fait faire quelques progrès à cette science, car c'est sous ce point de vue que nous devons envisager son travail. D'abord il prévient qu'il n'a pas la prétention d'écrire un traité complet; « je n'ai exposé, dit-il, que ce que j'ai vu et observé par moi-même et comment j'ai cru voir. » Ce début nous inspire quelque confiance, parce qu'il indique un but tout pratique; mais poursuivons.

L'auteur commence par aborder un sujet qu'il aurait, à notre avis, pu se dispenser de traiter dans un ouvrage pratique, le grand mystère de la réproduction de l'espèce humaine. « La fonction de la réproduction, dit-il, est périodique pour la femme, depuis la seizième année jusqu'à la quarantième environ; c'est donc la femme que la nature a particulièrement attachée à cette fonction importante, et elle s'y soumet ordinairement avec autant de dévouement, que de satisfaction personnelle. »

On sait que cette qualité morale est attribuée par les phrénologistes à une faculté fondamentale, à un instinct inné dont ils placent le siége dans l'encéphale, à l'endroit correspondant à la partie supérieure de l'occipital, et qu'ils nomment organe de la philogéniture, en général très-développé chez les femmes. M. Schweighœuser ne tient pas compte des recherches du docteur Gall, il ne paraît pas partager à cet égard les idées des phrénologistes, car il n'en dit pas un mot. Par contre, il fait dépendre cette faculté morale chez la femme de la « différence de structure de toutes les parties du corps d'avec celle de l'homme, résultant uniquement de la différence de l'état nerveux, de la structure, du siége et du développement graduel de l'organe sexuel de la femme. » C'est donc, comme on le voit, dans la matrice qui « dispose et détermine toutes les parties à se développer et à se former dans son intérêt, celui d'attirer, de recevoir, de conserver et d'éliminer le produit de la propagation » que l'auteur place le siége de la faculté de l'amour des enfans.

Pour que la matière fécondante du mâle soit prolifique, il faut, suivant l'auteur, qu'en arrivant à l'orifice de l'utérus, qui paraît faire un mouvement en avant, elle conserve une température assez élevée et soit proje-

tée avec force tout en conservant sa qualité flagrante. Si la première de ces données venait à manquer, il n'y aurait pas de conception possible, et ce qui appuie peut-être cette assertion, c'est l'inutilité des efforts de plusieurs physiologistes pour produire la conception artificielle chez les mammifères, en injectant à l'aide d'une serringue le sperme du mâle dans le fond du vagin de la femelle.

Quant à la quantité de la matière fécondante nécessaire pour chaque conception, l'auteur assure qu'un très-petit atome suffit. Il s'appuie en cela de l'opinion du célèbre Louis, qui assure qu'il n'en faut pas plus pour une conception, qu'il ne faut d'encre pour le point sur un i.

Mais laissons là toutes ces rêveries physiologiques et occupons-nous de la partie pratique du livre.

L'auteur examine ensuite l'état de la matrice avant, pendant et après la gestation, l'état du fœtus, et il arrive ainsi à l'étude des symptômes généraux de l'accouchement, tant physiologique que pathologique. C'est ici que M. Schweighœuser développe dans plusieurs articles, sa doctrine obstétricale et les préceptes pratiques qui lui sont particuliers.

Veut-on savoir le parti qu'il tire de la physiologie quant à la pratique des accouchemens, nous citerons un exemple, qui suffira pour faire apprécier la manière de raisonner de l'auteur. Nous choisirons le passage où il se rend compte du vagissement utérin. « Une personne » adulte qui se trouve entre deux eaux, dit-il, n'entend » pas les sons d'en dehors, mais elle entend le son de » deux pierres heurtant l'une contre l'autre sous l'eau : » une autre personne hors de l'eau entend bien ce même » son, mais moins distinctement. Supposons au lieu d'eau » un fluide homogène plus épais et les poumons du fœtus » à terme préparés à commencer la respiration, par le » changement de la circulation pulmonaire, qui a lieu » vers la naissance comme fluide épais propre à recevoir » le son et à le transmettre, comme l'eau, et nous » pourrons concevoir que le cri du fœtus à naître peut » avoir lieu sans le concours de l'air extérieur, (p. 158.)»

De semblables explications ne peuvent supporter un sérieux examen, et nous ne concevons pas qu'un homme doué d'un bon jugement, comme M. Schweighœuser paraît l'être, puisse les écrire sérieusement.

Mais c'est assez de la physiologie mise en rapport avec l'art des accouchemens, et passons à la pratique qui repose sur l'expérience. L'auteur ne brille guère davantage sous ce rapport. Et pour nous en convaincre, voyons la conduite qu'il conseille dans les présentations du bras.

« L'indication relativement au choix du moment fa- » vorable pour la version, se tire de la facilité que l'on » prévoit, que la main passera par l'orifice de la ma- » trice et pourra y travailler. Mais *pour peu* qu'il y ait » à craindre que l'orifice de la matrice ne résiste trop, » il vaut mieux temporiser et attendre que l'organe » et son orifice tuméfiés et ramollis par l'affluence des » humeurs et la fatigue du travail soient devenus plus » traitables (pag. 213). Qu'y a-t-il à faire, si l'orifice de » la matrice est encore peu ouvert et annonce qu'il ne se » laissera pas ouvrir de sitôt pour passer les doigts, et » moins encore la main ? On attendra, on se bornera » à observer, à épier l'organisme sur les moyens qu'il » pourra employer, sur les ressources qu'il a encore, » sur les chances qu'il court. On fera cela avec d'au- » tant plus de résignation que l'on est convaincu que » c'est le parti à prendre le plus raisonnable et le moins » chanceux, et que si le moment arrive pour prendre » une détermination, on sera préparé à l'événement et on » pourra se dire : il a nécessairement fallu agir comme » j'ai fait. D'ailleurs, l'accouchement forcé, que l'on » conseille de faire en pareil cas, comme le seul et » unique moyen indiqué ; est ici compliqué avec mau- » vaise position et obstacle de la part du fœtus et par » conséquent plus difficile et plus chanceux que lors » d'une position moins désavantageuse (pag. 215). S'il » y a impossibilité de parvenir aux pieds pour faire la » version, il ne faut pas fatiguer inutilement la mère. » Quelle est la ressource à laquelle l'organisation a re- » cours dans ce cas ? elle redouble d'efforts pour ex- » pulser l'enfant. Le premier effet en est que l'enfant » perd la vie par la compression de la poitrine : l'en- » fant mort est peu à peu mortifié et cède plutôt qu'étant » en vie : l'orifice de la matrice est aussi disposé à cé- » der par la longueur du travail et par l'état de morti- » fication qui en est la suite. Il survient un état d'affais- » sement, de cessation de douleurs qui permet souvent » de faire la version par les pieds avec une facilité » qui étonne.... On fera donc bien de ne procéder à » quelqu'un de ces expédiens répugnans qui consti- » tuent la partie honteuse de l'art, l'embryotomie, » avant que les ressources de celui-ci et de l'organi- » sation soient épuisées : à moins de manœuvres vio- » lentes faites prudemment et qui ont blessé la matrice, » ou causé l'inflammation par mauvais traitemens, » telle est toujours l'issue de cet accouchement par le » bras tant redouté et jugé impossible : et si l'accou- » cheur est encore obligé à la fin de recourir à l'em- » bryulcie, cette opération sera facile et moins doulou- » reuse ni dangereuse pour la mère, qu'après les fa- » tigues d'un travail opératoire antécédent.... Cette » opération qui consiste à couper le cou du fœtus avec » des ciseaux est assez facile à faire. Je l'ai faite trois » fois avec des ciseaux ordinaires : une fois je me suis » servi de ciseaux longs et ai eu la satisfaction de sau- » ver la vie à des mères de famille... S'il est des ac- » coucheurs qui blâment cette conduite, c'est qu'habi- » tués de choisir leurs cliens et de refuser leurs secours » dans les cas qui ne concernent pas leur pratique ob- » stétricale particulière, ils n'ont pas encore assisté » à des scènes de désolation où après des manœuvres » obstrétricales pendant des heures, on les a cher- » chés pour aider à ensévelir ou pour ressusciter une » agonissante. »

Citons encore un exemple. L'auteur examinant la question de savoir si l'accouchement prématuré peut être provoqué artificiellement dans les cas de retrécissement extrême du bassin, se prononce affirmativement

pour prévenir l'embryulcie et l'opération césarienne. Il ajoute : « qu'il faut autant que possible éviter de cau-
» ser par le procédé opératoire une maladie à la voie
» excrétoire ou à l'excrétion même, et se conduire de
» manière à exciter ou à amener la fonction excrétoire
» pour qu'elle se fasse physiologiquement ou seule-
» ment par anticipation (pag. 274). Pour rendre l'œuf
» et la matrice le moins malades possible, je propose,
» dit-il, le procédé opératoire suivant : 1° exciter et
» dilater avec une sonde de trois lignes de diamètre,
» courbée légèrement par en haut et terminée en pointe
» très-obtuse, matin et soir, pendant quelques jours,
» l'orifice et le canal du col de la matrice, jusqu'à ce
» qu'il arrive un écoulement glaireux comme signe que
» la matrice se dispose à la fonction excrétoire, et que la
» sonde passe par l'orifice interne ; 2° percer ensuite
» les membranes sans y faire de grande ouverture,
» pour les ménager à pouvoir s'appliquer sur le fœtus,
» et le garantir de l'impression de l'air externe et de
» l'effet de la diminution subite de la pression am-
» biante ; 3° faire écouler de suite une quantité suf-
» fisante d'eau pour déterminer la matrice à ne pas
» mettre trop de retard dans le commencement du tra-
» vail ; il n'y a pas de risque qu'il s'en écoule trop d'eaux
» et toutes à la fois, comme quelques auteurs le crai-
» gnent ; 4° attendre ensuite avec patience et résignation
» l'événement, vu que le travail ne commencera pas
» avant deux fois vingt-quatre heures révolues (p. 275).»

Ces citations suffiront pour donner une idée de l'ouvrage que nous sommes chargé d'analyser ; le style diffus et souvent obscur nous a empêché de saisir les vérités pratiques qu'il doit renfermer, car nous avouons que l'auteur nous a paru un praticien doué du talent d'observation, mais qui ne peut rendre convenablement sa pensée dans une langue qui semble ne pas être la sienne. M. Schweighœuser est auteur de plusieurs travaux estimés écrits en langue allemande ; il eut été infiniment plus avantageux pour lui de s'être servi du même idiôme dans *La pratique des accouchemens en rapport avec la physiologie et l'expérience ;* car tel qu'il est, son livre ne peut être considéré que comme l'erreur d'un homme versé dans la pratique. Espérons que M. Schweighœuser, connu plus avantageusement par d'autres productions, ne tardera pas à nous dédommager de l'ennui que nous a causé son travail, par une publication plus digne de lui et de son talent.

(M.)

Œuvres chirurgicales complètes de sir Astley Cooper, traduites de l'anglais, avec des notes, par E. Chassaignac et C. Richelot. — 1835-1836, livraisons I à VI.

Sir Astley Cooper tient en Angleterre le sceptre de la chirurgie, comme naguère Dupuytren en France, Scarpa en Italie. Il est impossible de s'engager aujourd'hui dans un travail quelconque de chirurgie sans s'enquérir d'abord des idées émises par ces trois grands maîtres contemporains. Et cependant, pendant qu'on s'empressait de traduire en français des ouvrages anglais et allemands, d'une importance secondaire, on ne pensait pas, ou plutôt on négligeait la traduction des travaux d'Astley Cooper, connus depuis plus de dix ans en Angleterre et dont le mérite était suffisamment apprécié. Très-peu de personnes en France avaient l'avantage de pouvoir les comprendre, et d'ailleurs le prix élevé de l'original anglais était encore un obstacle à se le procurer.

C'est une idée heureuse qu'ont eue MM. Chassaignac et Richelot de mettre, par leur traduction, un des ouvrages les plus classiques de l'époque à la portée de tous les praticiens et même des étudians ; ils ont en cela rendu un véritable service à la chirurgie française.

Les six premières livraisons qui ont paru jusqu'ici comprennent le Traité des luxations et fractures, et celui des hernies de l'abdomen. En lisant les différens chapitres dont ils se composent, on ne peut s'empêcher d'admirer, ainsi que l'a fait remarquer dernièrement la *Gazette des Hôpitaux* :

« 1° L'esprit éminemment pratique qui règne dans chaque page de l'ouvrage ;

» 2° L'abondance et la variété considérable des observations cliniques qu'on y rencontre : chacune de ces observations est un véritable modèle précieux à méditer et à suivre dans la pratique ;

» 3° Les ressources thérapeutiques nouvelles ou peu connues qu'on y retrouve, surtout pour les cas jugés très-graves ou incurables.

» Enfin l'absence presque absolue de citations d'ouvrages. »

En effet, comme le disent fort bien dans leur préface, MM. Chassaignac et Richelot, des conditions extrêmement favorables ont permis à M. A. Cooper d'exercer sa haute et judicieuse intelligence en cette matière.

« Puisant pendant un grand nombre d'années à la clinique de deux vastes hôpitaux (l'hôpital de Guy et l'hôpital Saint-Thomas), faisant concourir au but de ses recherches les occasions multipliées que lui offrait une immense clientelle, augmentée encore par une consultation gratuite, à laquelle se présentent un grand nombre d'indigens de Londres ; il pouvait, mieux que personne, recueillir, dans un temps donné, une masse considérable d'observations. Ajoutons à cela une circonstance qui n'est pas indifférente ; c'est que Londres étant à la fois un port de mer et une cité où les procédés de l'industrie se réunissent sous les formes les plus variées, il s'y présente, toutes choses égales d'ailleurs, un plus grand nombre et une plus grande variété de lésions traumatiques. »

Toutes ces circonstances réunies, on conçoit que ce grand chirurgien n'avait pas besoin de recourir à l'exemple d'autrui ; il était assez riche de son propre fonds pour réformer, comme il l'a fait, plusieurs parties importantes de la chirurgie. Il est juste de dire cependant, qu'aux nombreuses observations qui lui sont

propres, l'auteur a joint une foule de faits inédits et curieux qui lui ont été fournis par des chirurgiens anglais placés dans les hôpitaux, ou professeurs dans les universités.

Les traducteurs on ajouté au mérite de l'ouvrage, sous forme de notes, de nombreuses et intéressantes additions, puisées dans les ouvrages français et étrangers, ce qui réhausse considérablement l'importance des œuvres de sir Astley Cooper. En somme, l'ouvrage dont il est ici question, est une publication remarquable dans la littérature médicale française, éminemment utile et qu'aucun praticien ne peut se dispenser de méditer.

(M.)

Essai sur les distributions et le mode d'organisation, d'après un système physiologique, d'un hôpital d'aliénés pour quatre à cinq cents malades, précédé de l'exposé succinct de la pratique médicale des aliénés de l'hospice de l'Antiquaille de Lyon, depuis le 1er *janvier* 1821, *jusqu'au* 1er *janvier* 1830; par Pasquier, D.-M., etc. — Lyon, 1835.

Après quelques mots sur l'histoire de l'établissement, l'auteur de cette brochure donne plusieurs tableaux statistiques sur la fréquence relative des différens genres de folie; sur l'influence de l'âge, des professions, de l'abus du vin, des maladies antérieures. Vient ensuite une dissertation très-courte sur le traitement de la folie, qui est suivie d'une esquisse rapide des établissemens d'aliénés et des idées de l'auteur sur la meilleure construction d'un établissement de ce genre.

Le projet qu'il propose et dont il développe le plan, se compose de huit bâtimens divergens, réunis par une cour octogone, élevés de deux et même de trois étages. Les aliénés sont divisés en convalescens, curables, incurables, épileptiques et criminels.

Tel est, en peu de mots, le fond du travail de M. Pasquier. Le plan qu'il propose nous a paru vicieux, d'abord parce qu'une cour entourée de toutes parts, par des bâtimens élevés de deux et trois étages, est nécessairement humide, et ensuite parce qu'on ne pourra empêcher les aliénés de se précipiter par les fenêtres, qu'à l'aide de grilles, qui donneront à un pareil établissement l'aspect d'une prison, que rien ne préviendra les chutes sur les escaliers, etc., etc.

Nous convenons néanmoins que l'auteur donne souvent des sages conseils sur la direction hygiénique, médicale et administrative d'un hospice d'aliénés.

(M.)

Coup-d'œil sur l'ensemble systématique de la médecine judiciaire, considérée dans ses rapports avec la médecine politique; par H. Kuhnholtz, Bibliothécaire et Agrégé en exercice de la Faculté de Médecine de Montpellier, vice-président du Cercle-Médical, membre correspondant de la Société Royale de Médecine de Marseille, de l'Académie Royale de Médecine de Barcelonne, etc., etc. — Montpellier, imprimerie de Jullien, place Marché-aux-Fleurs, n° 2, in-8°, de 133 pages.

Multa paucis ....., telle est l'épigraphe que l'auteur a eu le bon esprit de placer en tête de son livre, telle en est aussi le plan et le contenu. Il eut, en effet, été impossible de traiter autrement que par des aperçus généraux une question aussi vaste et aussi compliquée. M. Kuhnholtz a-t-il fait faire un pas de plus à la science? telle est la question qu'il importe de savoir avant tout. Nous n'oserions répondre par l'affirmative; cependant nous dirons, et nous ne croyons pas qu'on puisse contester cette assertion, qu'il a présenté des vues fort sages et qui mériteraient bien d'être prises en considération par les législateurs. La médecine politique est, suivant l'auteur, « cette vaste science qui considère la médecine dans tous ses rapports avec les divers intérêts de la société. » Partant de cette définition, il divise la médecine politique en deux grandes classes : 1° la *médecine politique du for externe;* 2° la *médecine politique du for interne.* Dans la première il place : *a.* la *médecine législative* (celle où le législateur a recours aux lumières du médecin pour la confection des lois, l'hygiène publique et individuelle, police médicale, etc.); *b.* la *médecine administrative* ou exécution des lois dans les diverses administrations dont le médecin fait nécessairement partie, *c.* la *médecine judiciaire,* qui constitue presque exclusivement ce que les auteurs entendent le plus souvent par *médecine légale.*

La seconde classe, ou médecine politique du for interne, comprend : les pratiques religieuses et les croyances des familles, les pratiques et cérémonies religieuses, les décisions de certains cas de conscience, de phénomènes naturels ou surnaturels, etc., etc.

On a pu remarquer dans ces divisions, que l'auteur ne fait pas usage de l'expression, médecine légale; c'est qu'il la croit vicieuse, dans ce sens qu'elle ne définit ni ne limite convenablement la science dont il s'agit. Il préfère lui substituer celle de *médecine judiciaire* en ce qu'elle n'est pas sujette à induire en erreur sur le véritable sens du mot et qu'elle détermine clairement les attributions du médecin.

Telle est, en peu de mots, la classification proposée par l'auteur de cette brochure; dans l'exposition qu'il fait de ces divers objets, M. Kuhnholtz développe longuement ses idées à ce sujet et s'efforce de démontrer la supériorité de son plan sur les autres, en ce qu'il embrasse l'ensemble des connaissances de la médecine judiciaire.

Les bornes de cet article ne nous permettent pas de

présenter l'analyse de tous les objets qui sont traités dans cet opuscule; nous dirons, avant de finir, qu'il est parsemé d'une foule de considérations du plus haut intérêt et dont la lecture ne peut manquer d'être profitable aux médecins qui sont dans le cas d'être consultés pour des affaires judiciaires, et même au législateur. Enfin nous dirons, que nous croyons, avec l'auteur, que son travail est destiné à rendre quelques services à l'étude et à l'enseignement de la médecine légale.

(M.)

Practical observations on Diseases of the Heart, Lungs, Stomach, Liver, etc., occasioned by spinal irritation: and on the Nervous system in general, as a source of organic disease. Illustrated by Cases. By John Marshall, M.-D. 8°, pp. 172. London, oct. 1835. (Observations pratiques sur les affections du cœur, des poumons, de l'estomac, du foie, etc., produites par l'irritation de la moelle épinière, et sur le système nerveux en général, comme source des maladies organiques.)

M. Marshall s'est occupé depuis dix-huit ans de recherches sur les maladies de la moelle épinière. Son emploi comme officier de santé aux armées et son séjour en France, en 1815 et 1816, où le service des hôpitaux anglais lui fut confié, lui fournirent l'occasion de recueillir des matériaux propres à jeter du jour sur ces affections encore obscures. Il trouva bientôt que l'anatomie pathologique, quelqu'indispensable qu'elle puisse être pour la partie scientifique de la médecine, est loin d'être un guide infaillible pour le diagnostic. Plus il étendît ses recherches, plus il rencontra des cas, où à l'autopsie on ne découvrait point de lésion ou d'altération de structure qui put rendre compte des symptômes observés pendant la vie. M. Marshall crût en conséquence devoir diriger ses recherches du côté du *système nerveux*. « Il existe dans les fonctions de ce système, dit-il, un principe très-extraordinaire et qui, à ce que je sache, n'a presque pas encore été remarqué jusqu'à ce jour; c'est qu'une forte pression ou une autre action morbide, qui affecte la racine ou l'origine d'un nerf ou l'un ou l'autre ganglion, ne se fait pas sentir au point même où la cause existe réellement, mais à l'extrémité et aux ramifications du nerf affecté. » M. Marshall est disposé à accorder au système nerveux l'acte *initiatif* dans toutes ou presque toutes les actions morbides, et nous pensons avec lui qu'il s'approche beaucoup de la vérité. N'oublions cependant pas que le système nerveux lui-même est influencé par le sang et par d'autres fluides, et que l'acte initiatif de la maladie peut également avoir lieu dans l'appareil vasculaire, quoiqu'il ne se fasse remarquer que lorsqu'un autre ordre d'actions morbides vient s'y joindre.

L'auteur rapporte plusieurs cas qui servent à confirmer ce même principe. Dans la première section de son ouvrage, l'auteur examine les maladies du cœur et des gros vaisseaux, pour autant qu'elles peuvent être simulées par une irritation nerveuse. Les recherches de M. Marshall tendent toujours à prouver « que l'action morbide, qui occupe la racine ou les anastomoses ganglionnaires d'un nerf, peut exciter la douleur, le trouble de la circulation et, en dernier lieu, l'altération des organes mêmes, dans lesquels les extrémités de ce nerf viennent se ramifier. » Cette opinion conduisit l'auteur à examiner dans tous les cas douteux l'épine du dos comme le siége des principaux tissus nerveux et d'y appliquer les remèdes convenables. « Loin cependant, dit-il, de pouvoir toujours attribuer ce genre d'affections à la lésion de l'épine du dos ou aux nerfs spinaux, j'ai souvent rencontré des cas, où malgré un haut degré de désordre organique je ne découvrais point d'irritation de la moelle; et néanmoins le succès d'un traitement local dirigé sur cette partie prouvait d'une manière incontestable que mes présomptions concernant la source de la maladie étaient justes; mais qu'au lieu de la moelle et des nerfs spinaux, le nerf sympatique, le nerf vague et les nerfs phréniques étaient le siége primitif de l'action morbide. » Ces considérations nous amènent à examiner les observations, sur lesquelles l'auteur a fondé ses déductions; nous allons présenter l'extrait de quelques-unes d'entre elles.

1er *Cas*. Une jeune dame, âgée de 21 ans, d'une petite taille, et d'une apparence de santé florissante, prît un froid à sa dix-huitième année qui la menaça de phthisie pulmonaire. Elle s'en rétablit pendant l'été; mais l'automne suivant elle fût de nouveau sujette à des attaques d'inflammation intestinale, de la poitrine et de la tête. L'auteur la vît pour la première fois le 28 octobre et la considéra alors comme mourante. Les évacuations sanguines avaient été poussées aussi loin que possible. La peau était couverte d'une sueur gluante et froide, prodrôme ordinaire de la dissolution dans ces cas; une demi-heure plus tard elle tomba dans un état d'insensibilité telle que toutes les personnes qui l'entouraient la crurent morte. Ses traits étaient en effet ceux de la mort; sa respiration et le pouls étaient imperceptibles, on ne distinguait pas la plus faible pulsation du cœur; la bouche était béante et les articulations des extrémités supérieures se roidissaient. Sur les instances d'une personne qu'aucun argument ne pouvait convaincre de la perte réelle de la malade, on employa tous les moyens pour la ranimer. Plus d'une heure se passe en vains efforts. Enfin on observe une légère convulsion dans un des doigts de la main gauche. Les signes de la vie s'augmentent et au bout de six heures, la respiration et les mouvemens du cœur sont entièrement rétablis; mais l'affaissement est si grand que les yeux restent fermés pendant plusieurs jours. « La malade était incapable de parler et la déglutition était tellement imparfaite qu'elle ne pût prendre que de très-petites quantités de liquides. Elle était maigrie au point que plusieurs médecins, qui la virent dans cette situation, désespérèrent de son rétablissement *par cette seule cause*. Cependant elle s'était rétablie jusqu'à un certain point, lorsqu'un nouvel ordre de symptômes sur-

vint. Tant qu'elle fût tranquille, son pouls était de 56 à 60; mais le plus léger mouvement élevait de suite le pouls jusqu'à 100 ou 140. Il devenait précipité, tumultueux lorsque l'agitation était grande; la malade disait alors que le cœur lui semblait remplir toute la cavité thoracique. On pouvait sentir les pulsations dans toutes les parties de la poitrine; la figure devenait rouge; les yeux étaient proéminens; la malade se sentait comme prête à suffoquer. Ces phénomènes étaient suivis d'un grand épuisement. Pendant ces accès elle ne pouvait rester que dans une position à moitié couchée. M. Marshall crut se convaincre par l'auscultation de l'existence d'une maladie organique du cœur. Le père de la jeune dame, vieux médecin de beaucoup de talent, pensât au contraire que l'affection dépendait d'une *materia peccans*, qui pressait sur les nerfs du cœur et des gros vaisseaux. En conséquence, on fit faire des frictions avec l'onguent stibié sur l'épine du dos. A mesure qu'il se forma des pustules, les symptômes alarmans diminuèrent et au bout de trois semaines ils avaient entièrement disparu. Le sujet de cette observation est à présent mère de famille.

Dans des cas pareils, la *violence* même des paroxysmes peut toujours faire présumer qu'ils dépendent plutôt de quelque irritation nerveuse que d'une affection organique. Cette supposition devient certitude, lorsque l'action du cœur s'apaisse par le seul repos du corps et de l'ame. Nous voyons souvent les jeunes médecins se laisser induire en erreur par les apparences et porter dans ces occasions les diagnostics et les pronostics les plus funestes.

IIe *Cas*. Un jeune homme, âgé de 21 ans, ayant toujours joui d'une excellente santé, commence à se plaindre de faiblesse, de dyspnée, de fortes palpitations du cœur, de perte d'appétit et maigrit. Un médecin croyant reconnaître une maladie organique du cœur, lui conseille de retourner chez ses parens. C'est alors que M. Marshall le voit. Il était extrêmement pâle et maigri; sa peau était terne et ridée; ses traits effilés; l'expression de sa physionomie égarée et inquiète; la faiblesse très-considérable.

Il se plaignait d'une douleur intense à la poitrine: une toux fréquente, courte et sèche le tourmentait; il n'avait pas d'appétit; les intestins n'agissaient pas; les urines d'une odeur particulière et fétide, déposaient du sable rouge. Le malade était languissant et mal disposé aux efforts de toute espèce, parce qu'ils faisaient accroître ses souffrances, etc. M. Marshall ne découvrit pas de maladie pulmonaire à l'aide de l'auscultation et de la percussion; l'agitation du cœur était extraordinaire. En examinant la colonne épinière, il la trouva à sa portion dorsale, dans une étendue d'environ quatre pouces, très-sensible au toucher et deviée en arrière. Cette découverte répandit un nouveau jour sur la nature de l'affection. On appliqua les remèdes appropriés sur l'épine dorsale. Le succès fut tel que le malade se rétablit entièrement et jouit encore, 14 ans après cette maladie, d'une parfaite santé.

Le IIIe *Cas* est celui d'un garçon, âgé de 12 ans, réduit au dernier degré d'amaigrissement à la suite du traitement de Valsalva qu'on lui avait prescrit pour une maladie organique du cœur, dont on le présumait atteint. L'épine du dos était très-peu sensible. On changea de traitement; un régime léger et nourrissant fut ordonné, et deux fois par jour des frictions avec un liniment stimulant furent faites sur l'épine du dos. Les frictions donnèrent lieu a une forte éruption et le malade se rétablit parfaitement par l'emploi des toniques et des stimulans.

N'est-il pas probable que l'un et l'autre de ces cas aient été la suite de l'onanisme? Nous voyons souvent un semblable cortége de symptômes résulter de cette habitude vicieuse. Ces individus succombent facilement à un traitement contraire. Nous présumons fortement que tel a été l'état des choses dans le cas suivant.

IVe *Cas*. James ...., âgé de 17 ans, avait joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 15 ans, lorsqu'il fit successivement deux voyages aux Indes. Peu de temps après avoir quitté le port pour un troisième voyage, il « *se sentit une faiblesse inexplicable, surtout dans les extrémités inférieures, accompagnée de difficulté dans la respiration, d'asthme et de palpitation du cœur après le plus léger effort.* » (Ce sont bien là les symptômes qu'on observe ordinairement chez des individus qui se livrent à la masturbation.) Arrivé à Greenock, le malade fut examiné par deux ou trois médecins, qui considérèrent son affection comme une hypertrophie du cœur; M. Marshall le vît quelques semaines plus tard. La situation du malade était alors déplorable. Poitrine creusée, bras tombant des deux côtés, démarche chancelante: figure cave et maigre, yeux languissans et ternes, pupilles dilatées; face gonflée et injectée pourpre; lorsque le malade voulait monter les escaliers, respiration laborieuse, pouls précipité; appétit faible, digestion mauvaise, urines troubles, mouvemens du cœur très-violens.

L'auteur découvrit, en examinant l'épine du dos, une déviation latérale intéressant les vertèbres inférieures cervicales et dorsales. La pression faite sur cette partie faisait gémir le malade et donnait lieu à une sensation désagréable et à une augmentation dans les mouvemens du cœur. (Sangsues, suivies de vésicatoires, de chaque côté de l'épine du dos; légers purgatifs, amers alcalins.) Après trois semaines de traitement l'amélioration fût considérable. Les progrès de la guérison étaient lents; et ce ne fut qu'au bout de douze mois que le jeune homme eût recouvré la santé.

Les limites du journal ne nous permettent pas d'analyser les autres quatre cas rapportés par l'auteur et qui ressemblent du reste aux précédens.

M. Marshall procède ensuite à l'examen des *affections pulmonaires, pour autant qu'elles peuvent dépendre de l'irritation nerveuse.* Supposant que dans ces affections, comme dans la plupart des maladies, les premiers mouvemens morbides s'opèrent dans le système nerveux, M. Marshall cherche toujours à agir sur ce système, n'importe que la maladie soit à son début ou qu'elle soit déjà avancée. Au début, l'action des médicamens sur

l'épine du dos peut être favorable; plus tard, elle ne peut pas faire de mal. Après quelques observations sur les erreurs commises par suite d'un usage mal-entendu du stéthoscope, l'auteur passe à la relation historique de six cas de phthisie, traités d'après les principes que nous venons d'indiquer.

Le premier cas cité par l'auteur, quoique se présentant avec des symptômes très-graves, ne nous paraît pas mériter la dénomination de phthisie; nous pensons que c'était une coqueluche. La malade ne pouvait guère faire un pas dans sa chambre et avait l'air d'une personne phthisique. Son pouls était généralement de 100 à 120. Elle se plaignait d'une douleur intense de la poitrine, et les accès de toux étaient tellement violens que la malheureuse était habituée de se laisser glisser de la chaise sur le plancher, lorsqu'elle la sentait s'approcher, et elle tombait presque en convulsions. Il n'y avait jamais eu d'expectoration; mais de temps à autre elle vomissait une demie pinte jusqu'à une pinte d'eau claire; et très-souvent elle crachait des petites quantités de sang. On fit faire des frictions de tartre stibié sur la colonne vertébrale. Les symptômes s'amendèrent rapidement, et elle guérit complétement.

Une autre malade présenta le tableau suivant de symptômes : maigreur extrême, teint particulièrement terne; lèvres anémiques; yeux retirés dans leur orbite et fixes; expression d'angoisse et de souffrance de la figure; la malade se plaint de points dans diverses parties de la poitrine; une douleur fixe occupe le centre du sternum et s'étend jusqu'à la région du cœur. Toux fréquente et courte, augmentant beaucoup la douleur et les points de côté et accompagnée quelquefois de l'expectoration d'un mucus légèrement taché de sang. Douleur considérable de tête, qui parfois se fait sentir avec le plus d'intensité à l'occiput, d'autres fois au front et qui, quelquefois s'étend sur tout le crâne. Sueurs très-fortes pendant la nuit; faiblesse extrême. La respiration est accélérée, au moindre mouvement les palpitations du cœur deviennent tellement violentes, que la malade n'a presque plus d'haleine. Les omoplates sont très-élevés et le thorax enfoncé; la malade est incapable de faire une profonde inspiration; la voix est singulièrement faible; la menstruation régulière. Urines fétides et en petite quantité. Langue plate, jaune et enduite de mucosités à sa partie postérieure. Pouls à 120, petit et très-faible. Soif considérable; appétit capricieux. Personne ne méconnaîtra le caractère grave des symptômes précédens. Cependant comme il n'y avait pas de preuves incontestables d'une affection organique des poumons, M. Marshall considéra la maladie comme résultant peut-être d'une irritation nerveuse négligée et examina à cet effet l'épine du dos. En passant les doigts légèrement le long de la colonne vertébrale, il n'excita pas de douleur. Mais en augmentant la pression, dès qu'il arriva à la partie moyenne et inférieure des vertèbres, la malade s'impatienta, et se plaignit d'une forte douleur au sternum. Augmentait-on encore la pression, elle se sentait oppressée, la douleur dans la poitrine semblait s'étendre; la toux devenait violente; et une sensation très-désagréable et pénétrante passait le long de l'intérieur des cuisses jusque dans la plante des pieds. On distinguait facilement une déviation de l'épine dorsale.

Dix-huit sangsues furent appliquées sur la région des vertèbres sensibles. On recommanda des légères frictions sur toutes les autres parties de l'épine et aussi sur le thorax. On employa en outre des purgatifs et des toniques; un régime nourrissant, sans être stimulant, décubitus dorsal. Les sangsues furent réappliquées à des intervalles de deux à trois jours. Avant la fin d'une semaine, la douleur sternale commença à diminuer et changea de place. A chaque nouvelle application de sangsues elle paraissait se retirer du côté de l'épine du dos et diminuer en même temps d'intensité. Lorsqu'on se fiait sur ces apparences favorables et qu'on négligeait pendant un ou deux jours de plus qu'à l'ordinaire de mettre les sangsues, la douleur s'avançait de suite de nouveau vers le sternum. L'état général de la santé devint aussi meilleur. On appliqua alors des baudelettes de vésicatoires, larges d'un pouce, sur chaque côté des apophyses épineuses de la région dorsale, et on tint les plaies ouvertes pendant quelque temps. De cette sorte on alterna avec l'emploi des vésicatoires et des sangsues. L'amélioration qu'on obtint par ce traitement ne fut bien confirmée que par le changement d'air. Dès lors les progrès de la santé furent marquans et à la fin de juillet tout symptôme de phthisie avait disparu. Les bains de mer achevèrent la guérison.

Ne pouvant entrer dans les détails des autres cas cités par l'auteur dans cette partie de son ouvrage, nous passons à un autre, rapporté sous le titre d'*Asthme*.

Dans la soirée du 9 janvier 1829, l'auteur fut appelé chez le fils d'un fermier, garçon robuste de 14 ans qu'on disait subitement atteint de *croup*. A son arrivée, il trouva le malade assis devant la cheminée et apprit que l'accès avait passé aussi rapidement qu'il était survenu. La face cependant avait conservé toutes les apparences d'une lutte récente et violente, était gonflée et livide. Les yeux sortaient des orbites et la conjonctive était ecchymosée, la respiration accélérée et le pouls fréquent : les apparences, jointes aux symptômes commémoratifs donnèrent à penser que ce n'avait pas été un accès de croup, mais un asthme spasmodique. La poitrine était bien conformée et la percussion n'excitait nulle part de malaise. Mais dès que l'auteur toucha à la seconde, troisième et quatrième vertèbres dorsales, le malade retenait l'haleine, comme si on l'eut subitement plongé dans l'eau froide; et il craignait éprouver une seconde attaque de ses souffrances et de son apnée. Cette expérience fut répétée plusieurs fois et donna toujours le même résultat. Aucune des vertèbres n'offrait la moindre déviation; et la pression n'excita aucune douleur. L'auteur fit appliquer 24 sangsues au-dessus et autour de l'endroit, où la pression produisait cet effet sur la respiration. Cette évacuation fût réitérée quelques jours après : des vésicatoires furent appliqués et transformés en cautères. M. Marshall fit prendre en outre de légers purgatifs, combinés avec des toniques ferrugineux et la quinine. Par ce traitement les accès d'asthme

diminuèrent d'intensité et de frequence, et la guérison fut complète en deux mois. Le garçon grandit très-rapidement pendant ce temps et immédiatement après. Il n'a plus éprouvé depuis de retour de l'asthme.

Nous passons sur les cas relatés par M. Marshall comme servant à prouver que *l'irritation de la moelle épinière* peut simuler *des maladies du foie, la dyspepsie*, etc., et nous terminons notre analyse par l'extrait d'une observation de *diabètes*. Le malade était un fermier, qui jusqu'au moment de sa maladie actuelle avait toujours joui d'une bonne santé. En automne 1832, après avoir fait quelques excès et après s'être exposé aux vicissitudes du temps, il commença à éprouver une diminution de forces et à dépérir, tout en conservant un appétit vorace. Il avait une soif considérable et évacuait de grandes quantités d'urines. Lorsqu'il consulta M. Marshall, il était maigre comme un squelette et évacuait de quatre à cinq gallons (environ vingt pintes) d'urines en douze heures. Les urines étaient limpides et douces. Il y avait déjà longtemps que l'auteur avait conçu l'opinion que le diabètes dépend d'une irritation ou d'une faiblesse des nerfs de l'estomac et de l'appareil urinaire. Charmé de rencontrer un pareil cas dans sa pratique il prescrit d'abord la teinture de muriate de fer et une pilule purgative, à prendre le soir. Ce traitement ne produisant pas d'effet, il fit faire des frictions d'onguent stibié le long de l'épine du dos. L'éruption parut très-lentement. Mais peu de temps après que l'éruption avait eu lieu, les symptômes commencèrent à diminuer avec une rapidité qui surpassa les espérances de l'auteur, La quantité des urines diminua peu à peu et devint saline au lieu de saccharine. L'appétit redevint naturel; la soif se modéra et en peu de semaines le malade fut capable de faire une route de 14 milles d'Angleterre par jour.

L'auteur rapporte encore un grand nombre d'observations de tabes mésenterica, de chorea, et d'autres affections anomales, qui ne peuvent se ranger sous aucun autre chef. L'ouvrage de M. Marshall mérite une attention sérieuse et doit intéresser vivement les praticiens.

(*Medico-chirurgical review*, janvier 1836.)

Krebs C., Ueber die Natur u. Behandlung des sogenannten hitzigen wasserkopfs u. Einiger achnlicher Hirnaffectionen. Osnabrueck. in-8°. 1835. pp. VIII u. 103.

Sur la nature et le traitement de l'hydrocéphale aiguë et de quelques autres affections du cerveau.

Le génie inflammatoire des maladies qui a regné pendant les vingt dernières années, a élevé un grand nombre d'affections considérées autrefois comme non-inflammatoires, au rang des phlegmasies; et cela s'est fait sans que les partisans du système de l'irritation aient distingué dans ces affections ce qui était propre à la maladie comme telle, et ce qui devait être attribué à sa modification par le caractère régnant des maladies. Ce génie inflammatoire a disparu; nous voyons encore ces maladies, mais elles ont changé de caractère. L'ancre de salut dans ces maladies furent la saignée et les sangsues; ces moyens ne sont plus aujourd'hui couronnés du même succès, et çà et là s'élèvent des voix, qui commencent à douter de la nature phlegmasique de ces affections et exhortent la masse des médecins d'épargner le sang.

Une de ces voix se fait entendre dans cet ouvrage, dont l'auteur a succombé au typhus, avant même que l'impression de son opuscule fut achevée. Ce n'est pas par un raisonnement spécieux, mais par le simple récit d'un grand nombre d'observations sur l'hydrocéphale aiguë des enfans, qu'il cherche à prouver la nature non-inflammatoire de cette maladie, qu'on confond si souvent avec l'encéphalite. Les observations rapportées par l'auteur, démontrent à l'évidence que, dans la plupart des cas de ce genre, le traitement antiphlogistique est inutile et que les évacuations sanguines trop abondantes sont le plus souvent nuisibles. L'hydrocéphale et l'encéphalite n'ont, d'après lui, rien de commun; l'hydrocéphale dépend souvent d'une cause innée ou constitutionnelle et il ne faut que quelques troubles dans les fonctions du système nerveux, un état d'éréthisme dans le cerveau ou une congestion sanguine, pour que le développement de l'hydrocéphale ait réellement lieu. Il n'y a pas d'hydrocéphale possible sans congestion simultanée; lors même que des troubles nerveux ou l'éréthisme cérébral en ont été les causes déterminantes, elles donneront toujours lieu à une congestion secondaire. Cette congestion est plus ou moins active, ou passive; elle est ou transitoire ou continue; la réaction a tantôt le caractère de torpeur, tantôt celui de sthénie. Ce n'est que dans ce dernier cas que l'hydrocéphale aiguë a des rapports d'affinité avec l'encéphalite; la constitution individuelle, épidémique et endémique vient quelquefois augmenter cette affinité; l'inflammation reste néanmoins toujours étrangère à l'hydrocéphale aiguë, quant à sa nature. Là où la congestion active et permanente devient phlogose, ce n'est pas l'exsudation séreuse, mais l'exsudation de lymphe plastique ou la suppuration, qui en résultent, et il se forme d'autres phénomènes que ceux de l'hydrocéphale aiguë.

Toutes ces différences dans la génèse, dans le caractère de réaction, dans la marche et les terminaisons des affections aiguës chez les enfans, exigent conséquemment aussi une thérapeutique différente. Cependant l'auteur semble aller trop loin en divisant l'hydrocéphale en 6 ou 7 formes différentes, dont la plupart ne sont que les différentes périodes et complications de la même maladie; comment distinguer, en effet, un *hydrocephalus acutus torpidus*, un *hydrocephalus acutus erethico-serosus*, une *apoplexia hydrocephalica*, un *erethismus cerebri subfebrilis*, une *affectio cerebri subparalytica*, une *febris intermittens hydrocephalica* et une *febris remittens hydrocephalica?* Il eut été à désirer que l'auteur eût mieux consulté l'anatomie pathologique. Quant au traitement de l'hydrocéphale, nous sommes d'accord avec l'auteur que cette terrible maladie exige plutôt la

méthode révulsive que la méthode antiphlogistique. Les enfans pâles et cachectiques, et qui présentent ce que l'auteur appelle *habitus serosus*, chez lesquels la congestion est peu prononcée et transitoire, et le caractère de la réaction torpide, supportent mal les évacuations sanguines et le calomel; ces moyens sont même superflus dans le plus grand nombre des cas de ce genre. L'emploi du froid, les moyens propres à augmenter les sécrétions et à aider les crises suffisent au début dans la plupart des formes; les vésicatoires servent en même temps à dériver la congestion vers les parties excentriques. La réaction devient-elle *torpide* et ménace-t-elle de changer en paralysie, il ne nous reste, comme dernier moyen de salut que l'emploi des affusions froides.

(C.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

—

Du diagnostic dans les maladies chirurgicales, de ses sources, de ses incertitudes et de ses erreurs; par A. Bérard. Paris, in-8°, de 256 pages (Béchet jeune).

Thèse pour le concours de clinique externe à la Faculté de médecine de Paris.

Autoplastie, ou restauration des parties du corps qui ont été détruites, à la faveur d'un emprunt fait à d'autres parties plus ou moins éloignées; par F. Blandin. Paris, in-8°, de 268 pages (Germer Baillière). 4 fr. 50 c.

Thèse pour le concours de clinique externe à la Faculté de médecine de Paris.

Fragmens d'un traité complet des maladies des voies urinaires chez l'homme; par J. J. Cazenave. Bordeaux, in-8°, de 150 pages et une grande planche lithographiée (Béchet jeune).

Cet ouvrage contient l'exposé des difficultés qu'on éprouve pour sonder les malades, la description d'une sonde à obturateurs mobiles, la description d'un porte-caustique à mandrin articulé, et la description d'un uréthromètre.

Dupuytren (le baron G.).

Mémoire sur une manière nouvelle de pratiquer l'opération de la pierre, terminé et publié par L. J. Sanson, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, et L. J. Bégin, chirurgien de l'École militaire de Strasbourg. Paris, grand in-folio de 54 pages et 10 planches lithographiées (J. B. Baillière). Cart. 20 fr.

Le testament de Dupuytren portait : Je lègue à MM. Sanson et Bégin, le soin de terminer et de publier un ouvrage, déjà en partie imprimé, sur la taille de Celse, et d'y ajouter la description d'un moyen nouveau d'arrêter les hémorrhagies.

Complications des plaies après les opérations, contenant le tétanos, la commotion, la douleur, la phlebite, l'érysipèle, etc.; par Guerbois, Paris, in-8°, de 96 pages (Germer Baillière). 2 fr. 50 c.

Thèse pour le concours de clinique externe à la Faculté de médecine de Paris.

La chirurgie d'Hippocrate, extraite de ses aphorismes, examinés sous leur point de vue chirurgical, avec des commentaires; par Guerbois. Paris, in-8°, de 500 pages (Germer Baillière). 6 fr.

Des collections de sang et de pus dans l'abdomen; par A. Jobert de Lamballe. Paris, in-4°, de 46 pages (Germer Baillière). 2 fr. 50 cent.

Thèse pour le concours de clinique chirurgicale.

Des rétrécissemens de l'urètre et de leur traitement; par S. Laugier. Paris, in-4° de 74 pages (Germer Baillière). 2 fr. 50 c.

Thèse pour le concours de clinique chirurgicale.

La vaccine soumise aux simples lumières de la raison. Deuxième édition; par C. C. H. Marc. Paris, in-12 de 130 pages. (J. B. Baillière.) 1 fr. 25 c.

Meckel (J. F.) Traité général d'anatomie comparée; traduit de l'allemand, et augmenté de notes par MM. Riester et A. Sanson, précédé d'une lettre de l'auteur. Tome 7. Paris, in-8° de 592 pages (Hingray). 6 fr.

Cet ouvrage a commencé à paraître en 1827. La publication en avait été suspendue en 1830; il y avait alors six volumes de publiés; ils se vendaient 36 fr. On promet dix volumes.

Des hémorrhagies traumatiques; par L.-J. Sanson. Paris, in-8° de 352 pages et une planche lithographiée et coloriée (J. B. Baillière). 6 fr.

Cet ouvrage est la thèse de l'auteur pour le concours de clinique chirurgicale; il a été nommé professeur à suite de ce concours.

Cours de phrénologie en vingt leçons; par Scoutetten, professeur agrégé à la faculté de Strasbourg. Metz, in-8° de 288 pages et 2 planches lithographiées. (J. B. Baillière). 4 fr. 50 c.

Des amputations dans la continuité et la contiguité des membres; leurs avantages et leurs inconvéniens; par C. E. Sedillot. Paris, in-8° de 88 pages (Germer Baillière). 2 fr. 50 c.

Thèse pour le concours de clinique externe à la faculté de médecine de Paris.

Smellie (W.) Recueil de planches pour faciliter l'étude de la pratique des accouchemens, accompagnées d'un texte explicatif, traduit de l'anglais, et mis à la hauteur de la science actuelle, par E. Debout. Livraison 2. Paris, in-folio de 4 planches lithographiées et 4 pages d'explication (Trinquart.) 3 fr. 50 c.

L'ouvrage complet aura dix livraisons, il en paraît une par mois. Le prix est de 30 fr. pour ceux qui paieront d'avance l'ouvrage entier.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

—

Séance du 27 février.

Vaccinations pratiquées en France, pendant l'année; rapport de M. Gérardin. — Les documens que la commission a réunis sont remarquables par leur nombre et leur importance. L'appel fait à ce sujet par M. le ministre du commerce, aux préfets des départemens, a été généralement entendu, et à l'exception de quatre, ceux des départemens du Calvados, de la Nièvre, de la Haute-Loire et de Saône-et-Loire, tous se sont empressés d'y répondre. — M. Gérardin signale d'abord les départemens où l'entretien et la propagation de la vaccine sont l'objet d'une activité soutenue. On peut établir à cet égard deux catégories. Dans la première, qui comprend 17 départemens, le service de la vaccine ne laisse rien à désirer sous le rapport de sa régularité et de ses effets préservatifs. Voici ces départemens : Ardennes, Aveyron, Cantal, Charente, Côte-d'Or, Doubs, Ile-et-Vilaine, Lot-et-Garonne, Meurthe, Nord, Basses-Pyrénées, Haut-Rhin, Haute-Saône, Seine-et-Oise, Tarn et-Garonne, Vosges. — La seconde catégorie renferme 29 départemens où la vaccine prend une extension qui assure des progrès plus ou moins marqués. Ce sont : Ain, Allier, Basses-Alpes, Corrèze, Côtes-du-Nord, Dordogne, Eure-et-Loire, Finistère, Haute-Garonne, Indre, Isère, Jura, Loire, Loire-Inférieure, Loir-et-Cher, Lozère, Marne, Manche, Meuse, Morbihan, Moselle, Pas-de-Calais, Pyrénées-Orientales, Sarthe, Seine, Deux-Sèvres, Somme, Tarn, Var. — Les autres départemens, à part les quatre déjà désignés, réclament tous, plus ou moins impérieusement, une impulsion nouvelle dans le service de la vaccine.

La seconde partie du rapport de M. Gérardin a trait aux différens cas de variole, de varicelle, de varioloïde, etc., qui ont été observés en 1834. La variole a sévi encore avec intensité dans plusieurs localités, surtout chez les adultes. La vaccine a paru quelquefois suspendre ses ravages. Du reste, des faits mal interprétés, qui ne sont pas nouveaux, mais qui cette fois ont été jusqu'à certain point accrédités par des médecins, sont venus ajouter un préjugé de plus à ceux déjà trop nombreux qui entravent encore la propagation de la vaccine. — M. Bazin a observé à Valence (Gers), où il vaccine depuis 24 ans, que dans ces derniers temps l'inoculation du vaccin a été suivie d'éruptions varioliques graves, et l'attribue à l'altération du virus. M. Rivoire, à Condom, a fait les mêmes observations; seulement l'éruption variolique a été bénigne. Dans le même département M. Laborde a vu aussi en 1834, la varicelle succéder à l'inoculation vaccinale. A Mauvezin, M. Labarthe a constaté une varioloïde très-marquée chez un enfant de dix-huit mois six jours, après l'apparition de la vaccine; la matière fournie par le bouton a inoculé la varioloïde à 27 autres enfans. A Auch, M. Molas a vu en 1833 qu'il suffisait de vacciner pour faire éclater la variole. Ces faits, en tout semblables à ceux de même nature déjà relatés l'an dernier, ne prouvent qu'une chose; c'est que le fluide vaccin qui a servi aux inoculations n'était point celui de Jenner, mais provenait d'individus atteints de varioloïde, accident grave d'ailleurs, et qui doit exciter l'attention la plus sérieuse. — M. Ollet fils a observé à Boule-d'Amont (Pyrénées-Orientales), une épidémie de varicelle qui a régné du mois d'octobre au mois de décembre 1834 inclusivement, époque à laquelle elle a cessé brusquement. Cette épidémie ne s'est étendue que sur les enfans; un seul adulte a été atteint. Elle n'a épargné ni les vaccinés ni ceux qui avaient eu la variole, et s'est montrée chez tous indistinctement avec la même série de symptômes. La vaccination pratiquée ultérieurement a parcouru régulièrement ses périodes. — Une seule complication, mais constante, a signalé l'éruption de la varicelle: c'est une ophthalmie caractérisée par des pustules de la conjonctive qui disparaissaient avec le reste quand l'éruption était terminée. En définitive, cette épidémie n'a eu aucune gravité. — La varioloïde s'est montrée de nouveau dans plusieurs localités. Ses caractères n'ont point changé; c'est toujours une éruption notablement distincte de la variole par tout l'appareil de ses symptômes, dont la variole ne préserve pas plus que la vaccine, et qui n'a que très-rarement une issue funeste.—M. Desparanches, de Blois, rapporte deux observations de variole développée après la vaccine. C'est, du reste, depuis trente ans qu'il vaccine, la première fois qu'il constate ce fait. M. Sultzer, à Barr (Bas-Rhin), en mentionne un troisième cas. C'est aussi, comme M. Desparanches, la première fois qu'il fait cette observation, et cependant il vaccine depuis 24 ans. — Aucun autre vaccinateur n'a vu la variole après une vaccination régulière. — La question de la *revaccination* a reçu de nouveaux élémens. — L'opinion soutenue à l'Académie par M. Salmade, qu'une seconde vaccine ne donnait jamais que des boutons irréguliers et avortés, est partagée par MM. Barrey, Hennequin, Guyétant, Labesque, Desparanches. M. Sultzer a contrairement obtenu cinq boutons complétement développés chez une jeune fille de vingt ans déjà vaccinée parfaitement à dix ans. — Mêmes succès sont signalés par MM. Burckard, Schaken, Valentin, Saucerotte et Tueffard. — Ces exemples de réussite doivent être ajoutés à ceux déjà rapportés à l'Académie par MM. Moreau, Bousquet et Hervey de Chégoin. La possibilité de la revaccination est donc de

plus en plus confirmée, mais cependant toujours, comme fait exceptionnel. — M. Gérardin examine dans la troisième partie de son rapport, les recherches nouvelles qui ont eu pour but l'origine et la conservation du vaccin. M. Dupont, médecin à Bordeaux, croyait avoir reçu de la société Jennérienne, du véritable cow-pox provenant de la vache, quand les discussions de l'Académie élevèrent des doutes dans son esprit, en lui apprenant que depuis plus de trente ans on ne s'était pas procuré de vaccin primitif. Une lettre du docteur Johnston, de la société Jennerienne, le convainquit bientôt que la suscription mise sur le paquet d'envoi avait été mal comprise, et signifiait seulement que le vaccin expédié était à coup sûr celui de Jenner, mais dont on se servait depuis environ trente ans. M. Johnston ajoutait d'ailleurs des développemens à ce sujet. Le docteur Walker a essayé, il y a six ans, du cow-pox provenant de la vache, et il y a renoncé de suite, le bouton obtenu étant loin de valoir celui qui succède au vaccin usité. — La communication directe du cow-pox aux personnes mêmes qui s'y exposent avec intention, est rare et difficile. Quand l'inoculation réussit le mieux, elle est suivie d'une inflammation beaucoup plus vive que celle qu'on observe après les vaccinations ordinaires. D'ailleurs, ce n'est qu'avec la plus grande peine qu'on peut obtenir le cow-pox. Les vachers répugnent à faire connaître qu'ils ont des vaches atteintes ; et malgré la prime offerte par la société Jennérienne, *jusqu'à présent ses soins ont été sans succès* — Il reste bien démontré que, même en Angleterre, les vaccinations ne se font encore qu'avec le vaccin obtenu par transmission successive de bras à bras. — M. Salmade avait annoncé à l'Académie (*Séance du* 14 *octobre*), que M. Maceroni, médecin italien, avait bien positivement recueilli le cow-pox sur des génisses venant de Suisse, et surtout qu'il l'avait inoculé avec succès. — Sur l'invitation de la commission, M. Maceroni a pleinement confirmé les assertions de M. Salmade, et de plus, il a bien précisé qu'il n'existait alors ni javard ni variole dont l'action ait pu provoquer l'origine des pustules sur le pis des vaches. — En France quelques essais ont été tentés. M. Bousquet a inoculé la matière de croûtes présumées du cow-pox, envoyées à la commission par M Jouet, vétérinaire à Rambouillet. L'opération n'a eu aucun résultat. A Nancy, M. Jeanroy ayant vacciné heureusement trois génisses, a pu communiquer une bonne vaccine en inoculant à des enfans le virus pris sur ces animaux. En Franche-Comté, une réunion de médecins s'occupe de la recherche du cow-pox, mais ils ne peuvent encore fournir aucune observation suffisamment étayée de faits. — Enfin la commission examine la question de la conservation du vaccin, et à propos des tubes de M. Friard, est d'avis que, soit sous le rapport de la priorité d'invention, soit sous celui de l'utilité de ces tubes, des doutes peuvent être justement élevés.

En résumé, les conclusions générales du rapport de M. Gérardin sont : que la vaccine n'a pas cessé d'être le préservatif assuré de la variole ; que le vaccin n'inocule que la vaccine, et que tout virus qui développe une autre éruption doit être considéré comme d'une autre nature et sévèrement interdit ; que le vaccin usité en France et en Angleterre est toujours celui découvert par Jenner, et qu'il n'a éprouvé aucune altération par ses transmissions successives ; que la variole bien constatée après une vaccination régulière, est aussi rare que la récidive de la variole chez le même individu ; que la varioloïde n'a pas de caractère grave ; que la revaccination ne réussit pas dans des cas exceptionnels, et que ses avantages sont loin encore d'être bien démontrés ; qu'il importe de constater les vaccinations régulières ; car ce n'est pas leur chiffre élevé, mais leur efficacité préservatrice qui doit triompher des préjugés contre la vaccine ; qu'un moyen toujours très-puissant de propager la vaccine, et dont l'administration ne doit pas se dessaisir, c'est l'obligation imposée aux enfans qui se présentent aux écoles primaires, de présenter un certificat de vaccine ou de variole. Enfin, que les tubes de M. Fiard, dont la priorité d'invention est contestable, n'offrent pas des avantages si prouvés qu'il faille les adopter exclusivement.

Ligatures des tumeurs hémorrhoïdales ; par M. Amussat. — Le sujet est un vieillard de 78 ans. L'affection hémorrhoïdale remonte à 29 ans. Quand M. Amussat l'a observée pour la première fois, trois tumeurs énormes, grosses comme des œufs, pendaient au dehors de l'anus. La réduction de ces tumeurs était de la plus grande difficulté. La défécation ne pouvait s'accomplir sans leur sortie préalable qui presque toujours devait être provoquée artificiellement ; pour peu que leur réduction fût ensuite retardée, l'étranglement causait les plus violentes douleurs. Un écoulement glaireux habituel avait lieu par le rectum. M. Amussat ayant proposé la ligature, et l'opération étant acceptée, voici comment il y fut procédé : le malade couché sur le côté, trois incisions cernèrent le pédicule de la masse hémorrhoïdale. Une artère donnait un jet de sang : sa torsion le suspendit immédiatement. Les incisions n'en fournirent pas moins encore un écoulement de sang assez abondant par suite de la division de plusieurs petits vaisseaux insaisissables. Trois ligatures avec la soie cirée furent posées à la base de chacune des tumeurs, un suintement de sang veineux s'établit, et M. Amussat songeait à lier tout le paquet hémorrhoïdal à son union avec l'intestin si une nouvelle hémorrhagie se déclarait. Vingt-quatre heures après l'opération, les hémorrhoïdes sont toujours très-sensibles, quoique noirâtres. — M. Amussat redoutant une hémorrhagie, renonça à l'excision, et renouvela la ligature qui fut encore très-douloureuse. Le lendemain, la mortification des tumeurs n'étant pas plus avancée, trois nouvelles ligatures furent appliquées. Alors les tumeurs étant devenues à peu près indolentes, M. Amussat se décida à les exciser en deçà des ligatures ; il y eut encore douleur et léger écoulement de sang. Le malade très-affaibli s'est rétabli avec lenteur, mais aujourd'hui il est tout à fait bien. M. Amussat dit que s'il devait de nouveau pratiquer cette opération, il ne ferait plus d'incision préalable. Après deux seules ligatures verticales ou transverses, il

tenterait l'excision ; au lieu de ligatures ordinaires, il se servirait de fils métalliques avec le serre-nœud. — Les tumeurs que M. Amussat présente à l'Académie, sont composées d'un très-grand nombre de vaisseaux variqueux, entrecroisés en tous sens.

Séance du 1er mars.

M. Villeneuve propose, au nom de la commission dont il est rapporteur, que l'élection ait lieu dans la section de chirurgie. Adopté.

Rapport de la commission de vaccine. Discussion. — Une seule des conclusions du rapport de M. Gérardin soulève quelques discussions, celle relative aux tubes de M. Fiard. M. Maingault ne croit pas qu'on puisse contester la priorité d'invention à M. Fiard, qui se servait de ses tubes dès 1828, et qui les a publiés en 1831, les réclamations les plus éloignées, celle de M. Mojon, par exemple, ne remontant pas au delà de 1832. M. Maingault n'admet pas plus la discussion sur l'utilité des tubes. M. Emery nie l'une et l'autre de ces propositions. Les tubes de M. Fiard sont depuis longtemps usités en Angleterre, et leur forme se retrouve dans tous les tubes à injections délicates pour les préparations anatomiques. M. Planche appuie M. Emery. Un Anglais, en 1827, lui a montré des tubes contenant du vaccin, et qui étaient absolument les mêmes que ceux de M. Fiard. De plus, cet Anglais les donnait comme étant employés depuis très-longtemps en Angleterre.

M. Adelon n'accorde qu'une assez faible importance à la question de priorité dont il s'agit. Quant à l'utilité des tubes, M. Adelon aurait désiré que la commission eût fait plus de recherches pour appuyer ses assertions. — M. Bousquet dit avoir reçu de M. Fiard lui-même ses tubes en 1830 ou 1831. Ils ont cela de très-bon qu'ils aspirent très-rapidement et abondamment le fluide vaccin. Mais sous le rapport de la conservation du vaccin, rien encore ne peut être certifié. Les tubes de M. Fiard, comme tous les tubes capillaires, ont cela de défavorable, qu'ils ne peuvent être entièrement privés d'air. Du reste, M. Bousquet se propose de faire très-incessamment des expériences comparatives avec du vaccin gardé depuis huit mois entre des plaques de verre et dans des tubes de M. Fiard. — M. Double voit dans la discussion qu'on n'est suffisamment éclairé sur aucun des deux points en litige, et, cela étant, vote pour que la commission retranche la dernière conclusion de son rapport, jusqu'à ce que des documens et des expériences plus précises aient permis d'asseoir un jugement bien motivé.

Cet amendement, appuyé par M. Moreau, est accepté par M. Gérardin au nom de la commission. Le reste du rapport et ses conclusions sont adoptés.

Commission pour les prix à décerner par l'Académie. — 1° Pour le prix sur la phthisie laryngée : MM. Chomel, Louis, Honoré, Roche, Andral père, Andral fils. — 2° Pour le prix d'anat. pathologique : MM. Ribes, Andral fils, Double, Coruac et Martin Solon. — 3° Pour le prix fondé par madame Michel : MM. Pariset, Esquirol, Ferrus, Louyer-Villermay et Falret.

Séance du 8 mars.

M. le président annonce à l'Académie la mort de M. Parent-Duchatelet. — M. Dubois, d'Amiens, lit un mémoire sur les jumeaux Siamois.

Traitement des luxations. — M. Gimelle fait un rapport sur un mémoire de M. Malgaigne, relatif à la réduction des luxations. L'idée fondamentale de ce mémoire, c'est que nulle luxation ne pouvant avoir lieu sans déchirure des ligamens et des parties molles environnantes, l'articulation ne pourra recouvrer sa force, sa liberté de mouvement, et cesser d'être douloureuse avant la cicatrisation de toutes ces parties ; d'où il suit que le traitement ne doit point se borner à la réduction, et qu'il faut encore tenir les membres dans une immobilité complète pendant un temps plus ou moins long ; c'est parce que l'on néglige cette précaution que les récidives sont si communes. C'est surtout pour les luxations des membres inférieurs qu'il est urgent de faire garder l'immobilité absolue après la réduction. Dans les luxations du fémur, le ligament rond est constamment rompu, mais c'est moins à cette rupture qu'à la déchirure de la capsule des fibres musculaires qui la recouvrent, et à leur non consolidation, qu'il faut rapporter la gêne des mouvemens, souvent la claudication, et quelquefois la récidive. Il en est de même des luxations de la rotule, de celles de l'articulation tibio-tarsienne qui même exigent un appareil spécial très-longtemps continué. Le repos après les luxations des membres supérieurs doit être de quarante jours. Après celles des membres inférieurs il doit être de soixante jours au moins. — On pourra tenter la réduction des luxations anciennes avec chances de succès, tant que les os déplacés ne seront pas enfermés dans une capsule accidentelle bien organisée, et que les extrémités articulaires n'auront subi encore aucune déformation. Après la réduction dans les luxations anciennes, le membre a plus de longueur, et reste tel pendant un temps très-long. — Ce mémoire est renvoyé au comité de publication.

Nouvelles expériences pour la conservation des cadavres. — M. Dizé fait un rapport sur un mémoire de M. Gannal, et propose au nom de la commission son renvoi au ministre de l'instruction publique, comme intéressant les progrès des recherches anatomiques, et au ministre du commerce, comme ayant trait à la salubrité publique. (Adopté).

Séance du 16 mars.

Rapport de M. Itard, sur un mémoire relatif aux maladies de l'oreille, par M. Gairal. Renvoi au comité de publication. — Rapport de M. Capuron, sur une réclamation de M. Bonhours, au sujet de la version de l'enfant, la face étant tournée en avant. — Même conclusion que dans le précédent rapport. Adopté.

Séance du 22 mars.

La séance est en entier consacrée à la nomination

des dix membres, parmi lesquels doivent être tirés au sort les juges du concours d'anatomie de la Faculté. MM. Ribes, Magendie, Baron et Emery sont les quatre premiers élus.

(*Extrait des Archives génér. de méd.*)

Séance du 12 avril.

Rapport de M. Bousquet sur la découverte du cow-pox a Passy.

La dame Fleury, âgée de 32 ans, mère de trois enfans, demeurant à Passy, rue de Longchamps, 21, se sentant indisposée, descendit un jour à Chaillot pour consulter M. le docteur Perdreau : c'était le 21 du mois dernier. Elle portait deux pustules sur la main droite, une sur la face dorsale du pouce et l'autre sur la face du doigt annulaire : une troisième pustule occupait la lèvre supérieure. Les douleurs de la main s'étaient étendues dans le bras et jusque sous l'aisselle, où elle ressentait des élancemens assez vifs.

A la vue de ces pustules, frappé de leur ressemblance avec les pustules vaccinales, M. Perdreau adressa à sa malade quelques questions : Quel métier faites-vous ? Mon mari est nourrisseur, et je suis laitière. Avez-vous des vaches ? Nous en avons une. Est-elle malade ? Elle l'a été plus qu'elle ne l'est. Qu'avait-elle? Il lui est venu des boutons au pis. Est-ce vous qui la trayez habituellement? Oui, Monsieur. Aviez-vous des plaies aux mains? J'avais deux crevasses justement où sont venus les boutons que vous voyez. Et à la lèvre ? J'avais aussi une petite gerçure à la lèvre.

En rapprochant ces renseignemens de ce qu'il voyait, M. Perdreau eut bientôt formé son opinion. Néanmoins il voulut avoir celle de M. Nauche, dont tout le monde connaît le zèle pour la propagation de la vaccine. Il n'y avait pas un moment à perdre, car les pustules étaient déjà fort avancées. La dame Fleury avait promis de voir M. Nauche le jour même ; elle ne le vit que le lendemain, 22 mars.

Après avoir interrogé cette femme, après en avoir attentivement examiné les mains, M. Nauche me fit l'honneur de me l'adresser avec un billet, où cet honorable confrère avait la bonté de me donner son sentiment et celui de M. Perdreau, deux avis pour moi d'un grand poids.

Mes yeux ne se lassaient pas de considérer ces pustules. Elles étaient larges, globuleuses, très-saillantes et bien circonscrites ; celle du pouce avait cela d'irrégulier, qu'elle était plus étendue dans un sens que dans l'autre. La surface présentait un aspect purulent jusqu'aux bords ; ceux-ci étaient violets et entourés d'une auréole de même couleur ; et cependant la pustule tout entière réflétait une teinte bleuâtre, telle que je n'en avais jamais vue, et que Jenner donne comme un des caractères du cow-pox.

Il est digne de remarque que cet heureux observateur désigne communément les articulations des doigts et les lèvres comme les parties du corps où ces pustules se placent par préférence.

Si l'on compare cette description à celle de Jenner, on saisit quelques différences. Par exemple, les pustules soumises à notre examen étaient plus élevées au centre que sur les bords, et la surface, au lieu de cet aspect brillant et azuré qu'elle devait avoir, offrait quelque chose de terne et de purulent ; mais toutes ces différences s'expliquaient naturellement par l'état avancé des pustules.

Sur tout le reste la conformité était parfaite. Mais cette conformité était-elle réelle ou n'était-elle qu'apparente ? Touchait-elle à la nature des boutons ou n'était-elle qu'extérieure ? Il n'y avait qu'un moyen de sortir d'incertitude, c'était d'inoculer la matière qu'ils contenaient.

Le 22 mars 1836, entre midi et une heure, nous procédâmes publiquement à cette inoculation, en présence de M. Pariset et de tous les médecins qui étaient venus se pourvoir de vaccin. Parmi ces médecins étaient MM. Delabarge père, Delpech, Millet et le chirurgien-major du régiment de cuirassier actuellement à Paris. Ce sont les seuls dont ma mémoire me rappelle ici les noms ; mais il y en avait d'autres, et je les appelle tous en témoignage de la vérité de mes paroles.

Au premier coup de lancette porté sur les pustules de la dame Fleury, il en sortit une matière épaisse, blanche, purulente ; on eût dit un abcès qui se vidait.

Je résolus tout d'abord de varier, de diviser mon opération et de consacrer un bras à chaque virus. Ainsi, si j'exposais les enfans, sujets de mes expériences, à une tentative inutile, je leur assurais du moins les bienfaits de la vaccine qu'ils étaient venus chercher, et je me ménageais, en cas de succès, un terme de comparaison qui n'était pas à dédaigner.

Enfin, pour ne laisser aucun doute sur la nature, sur l'origine du produit de mes inoculations, j'y employai deux lancettes : celle qui me servit à inoculer la matière à éprouver était toute neuve, elle sortait de chez le coutelier, précaution indispensable dans des expériences de cette nature. Sans cela, on eût dit, ou du moins on eût pu dire, qu'en croyant inoculer un virus particulier, on n'avait inoculé que le virus ordinaire dont l'instrument était resté chargé.

L'opération terminée, M. Pariset m'engagea à retenir la dame Fleury, et à la présenter au conseil d'administration, qui se réunissait ce jour-là. Elle eut, en effet, la bonté d'attendre. Elle a été vue de MM. Louyer-Villermay, Marc, Mérat, Roche, Baron et tous les membres du conseil, hors un qui était absent. Tous ont examiné ses mains, tous ont entendu de sa bouche une partie de ce que je viens de raconter.

J'avais ce jour-là neuf enfans à vacciner, deux de l'hospice des Enfans-Trouvés et sept de la ville. Ils furent tous inoculés par trois piqûres à chaque bras, savoir : avec le vaccin ordinaire au bras droit, et au bras gauche avec la matière contenue dans les pustules de la dame Fleury. En tout cinquante-quatre piqûres.

Si, de ces neuf enfans, nous retranchons un enfant-trouvé, à peine âgé de trois jours, et sur lequel les deux virus échouèrent également, il n'en reste plus que huit.

Toutes les piqûres du bras droit ont réussi, excepté sur l'enfant Brocard, rue Guénégaud, 29, lequel n'a eu qu'un seul bouton à ce bras et rien à l'autre, c'est-à-dire que 24 piqûres ont donné 22 boutons de la vaccine la plus régulière.

L'inoculation du bras gauche a été beaucoup moins heureuse : 24 piqûres n'ont donné que trois boutons, savoir : un bouton sur Dubief, rue Joubert, 24 ; un bouton sur Coussinet, rue du Temple, 60 ; un bouton sur Denis, rue du Mont-Saint-Hilaire, 7.

Il est à remarquer que ces trois boutons sont venus sur trois enfans différens, et que chacun de ceux qui portaient un bouton au bras gauche, en portait trois au bras droit.

Dans l'ordre de l'inoculation, ces enfans étaient le premier, le cinquième et le huitième.

A l'égard de l'âge, l'un avait 10 mois, le second 7 et le troisième 5.

De ces trois enfans, un seul fut représenté aux vaccinations du 29, c'est Denis, le plus jeune de tous, enfant grêle, chétif et de la plus triste apparence. Tous ces boutons étaient sans couleur et languissans comme sa personne ; mais celui du bras gauche était, sans contredit, le plus faible et le plus misérable. A tout événement, je pris, devant MM. les docteurs Requin et Gauthier de Claubry, ce qu'il y avait de matière dans ce bouton, et je la transportai sur quatre enfans, toujours avec l'attention d'affecter un bras à chaque virus et de changer de lancette. Nous verrons tout-à-l'heure le résultat de cette inoculation.

Cependant, impatient de connaître le résultat tout entier de mon opération, j'allai visiter moi-même, le 29, les neuf enfans que j'avais vaccinés le 22 ; et dont la plupart étaient tranquillement chez eux retenus par le mauvais temps. C'est dans cette tournée que je découvris les deux boutons dont il a été parlé.

Jusque-là, je n'avais pris pour témoins de mes expériences que les personnes que le hasard m'avait données. Dès lors, je crus qu'il était temps de réunir la commission de vaccine ; et, après m'être entendu avec M. le secrétaire perpétuel, elle fut convoquée le mercredi matin, 30, pour le même jour à trois heures.

Malgré la précipitation de la convocation, tous les membres, hors un, se trouvèrent au rendez-vous. Il y avait MM. Salmade, Cornac, Danyau, Emery, Jadelot, Pariset.

Je mis sous leurs yeux deux des enfans qui portaient un bouton au bras gauche, et je leur donnai l'adresse du troisième qui, malgré mes prières, avait refusé de se déplacer.

Les boutons de Dubief et de Coussinet étaient, à la vérité, moins chétifs que celui de Denis ; mais ils ne présentaient rien de remarquable, rien qui pût même faire soupçonner leur origine ; en un mot, ils étaient en tout point parfaitement conformes à ceux du bras droit.

En réunissant la commission de vaccine, je n'avais pas seulement en vue de lui présenter des boutons d'une nouvelle origine, je voulais en transmettre le produit, en sa présence, sur deux enfans que je tenais en réserve ; l'un, Josserand, avait à peine trois mois ; l'autre, Flottet, en avait treize. Cette fois la commission parut désirer qu'au lieu d'imprégner l'organisation des deux virus, on n'inoculât que celui dont on voulait éprouver les effets, sans doute afin de le priver de l'influence de son aîné.

L'inoculation fut faite telle qu'elle avait été réglée, par trois piqûres au bras droit et quatre au bras gauche. Au reste, M. le secrétaire de la commission a dressé, séance tenante, procès-verbal de cette séance.

Il est temps de vous faire connaître les résultats des expériences dont nous venons de vous exposer les détails. Vous vous souvenez, Messieurs, combien était débile et chétif le bouton de Denis, avec lequel on a vaccéiné quatre enfans au bras gauche. De ces quatre enfans, nous ne pouvons vous parler que de deux : il ne nous a pas été donné de voir les deux autres.

Restent Brisart, rue du Dragon, 12, et Duterne, Vieille-rue-du-Temple, 63. Ces deux enfans ont eu trois boutons à chaque bras : sous ce rapport, il y a parité entre les deux virus : jusqu'au sixième jour, il m'a paru qu'il y avait aussi conformité parfaite entre les autres boutons. Dès le septième, j'ai cru remarquer entre eux une différence, toute en faveur des nouveaux boutons. Ces boutons étaient, en général, mieux formés, c'est-à-dire, plus plats, plus déprimés au centre, plus brillans, plus fermes que les boutons d'ancienne origine. Le virus qui en sortait avait toute la transparence du cristal le plus pur. Cependant ces caractères n'étaient pas également tranchés sur les deux enfans : à cet égard Brisart l'emportait de beaucoup sur Duterne. Brisart est cet enfant que la plupart des personnes qui me font l'honneur de m'entendre, ont vu au commencement de la séance dernière, dans la salle du conseil.

Vaccinés le 29 mars, Brisart et Duterne étaient le 5 avril, au huitième jour de leur vaccine. Curieux d'en suivre le développement jusqu'au bout, nous les avons revus samedi 9 : la différence entre les deux bras nous a paru encore plus grande. Les pustules du côté gauche étaient plates, larges de quatre lignes au moins, à rebords fermes, saillans, encore pleines de force et de vie. Au contraire, les pustules du bras droit étaient déjà réduites à une croûte petite, sèche, bombée, entièrement inerte.

Ce contraste nous a tellement frappé que, de concert avec M. le secrétaire perpétuel, nous avons cru devoir convoquer sur-le-champ la commission de vaccine pour la rendre témoin de ce fait, et nous avons pris sur nous d'inviter un certain nombre de membres de cette compagnie à vouloir bien se réunir à la commission, persuadés qu'on excuserait notre hardiesse en faveur du motif qui nous l'inspirait.

J'arrive aux deux enfans vaccinés le 30 mars, au sein de la commission de vaccine. On n'a pas oublié que, dans cette expérience, on ne fit usage que du nouveau virus. Ici, Messieurs, les choses vont se présenter à vous sous un autre aspect.

Josserand n'a que cinq boutons sur sept piqûres : deux

au bras droit, trois au bras gauche. Au huitième jour, ces boutons avaient tous les caractères de la vaccine la plus régulière; maiss il ne présentaient rien de particulier, rien d'extraordinaire : c'était une belle vaccine ordinaire, et rien de plus.

L'opération réussit mieux chez Flottet, en ce sens qu'il eut autant de boutons que de piqûres. En revanche, ces boutons étaient pâles, languissans, superficiels, sans auréole, plutôt vésiculeux que purulens. Ce n'était pas là ce qu'on appelle une belle vaccine.

Après avoir constaté l'état de ces enfans au huitième jour de la vaccination, la commission a voulu les revoir au douzième jour, qui était le 10 avril.

Les boutons de Josserand étaient en pleine dessiccation, avec cette particularité, que la croûte était beaucoup plus étendue à un bras qu'à l'autre, sans cependant excéder ce qu'elle est dans la vaccine la plus vulgaire.

Les boutons de l'enfant Flottet avaient gagné. Ils étaient larges et mieux caractérisés qu'on ne devait s'y attendre d'après l'état où nous les avions laissés quatre ou cinq jours auparavant. Pour eux, la dessiccation ne faisait que commencer au centre, et les bords formaient un bourrelet circulaire encore transparent.

En nous résumant, vous voyez, Messieurs, que notre première inoculation, c'est-à-dire l'inoculation de la matière contenue dans les pustules de la dame Fleury, n'a donné que trois boutons sur 24 piqûres, et ces trois boutons n'avaient absolument rien qui les distinguât des boutons les plus vulgaires.

Néanmoins, ces boutons ont produit une vaccine remarquablement belle sur les enfans Duterne et Brisart, auxquels on avait inoculé simultanément l'ancien et le nouveau virus; l'un au bras droit, l'autre au bras gauche.

Enfin, à sa troisième reproduction, le nouveau virus séparé de l'ancien, n'a donné que des boutons communs et tout semblables à ceux que vous connaissez et que vous voyez tous les jours.

Ainsi, Messieurs, ne précipitons rien, mais continuons d'observer en silence. Le moment de conclure n'est pas encore venu; les faits sont évidemment trop peu nombreux; que l'exemple de Jenner ne soit pas perdu pour nous. Souvenons-nous que dans un très-court espace de temps, Jenner vit changer ses opinions sur l'intensité des pustules vaccinales.

D'abord, elles lui apparurent avec un tel degré d'inflammation, qu'il ne faisait qu'une seule piqûre, encore s'empressait-il d'en prévenir le développement par la cautérisation; mais à mesure que son expérience s'étendit, il vit cette inflammation s'adoucir, et il reconnut et publia lui-même un changement qui l'étonnait. Nous sommes, Messieurs, à l'égard du nouveau virus, précisément au point où en était Jenner, au commencement de sa pratique vaccinale. Attendons, et peut-être entrerons-nous bientôt dans la seconde époque.

Vous remarquerez, Messieurs, que jusqu'ici nous n'avons pas prononcé le nom de cow-pox. Nous avons exposé le fait avec simplicité, laissant à chacun de vous le soin de le juger.

Notre opinion à nous n'est point douteuse, et pourtant ne croyez pas que nous nous fassions illusion; nous savons que le fait n'est pas aussi complet qu'il pourrait l'être. Il eût été à désirer qu'on eut pu inoculer la matière contenue dans les pustules même de la vache, malheureusement nous avons été prévenus trop tard. Lorsque la dame Fleury est allée consulter M. Perdreau, ses pustules avaient au moins 8 ou 9 jours, ce qui en donne 14 ou 15 aux pustules de la vache. Or, à cette époque, les pustules du cow-pox sont en pleine dessiccation. C'est en effet dans cet état que nous les avons trouvées le jour ou nous les avons vues, et nous prions l'académie de croire que nous n'avons pas perdu un seul instant. A peine notre inoculation était-elle achevée, que nous nous sommes transportés à la demeure de la dame Fleury. Forcé de prendre les choses au point où elles nous étaient données, nous lui recommandâmes du moins de nous garder les croûtes; on le promit, on ne l'a pas fait; les croûtes sont tombées par débris et se sont perdues dans la litière. Ce n'est point mauvais vouloir de sa part, c'est plutôt désir, impatience de guérir sa chère vache, sur laquelle elle faisait régulièrement trois onctions par jour avec de la vieille friture.

Mais, tel qu'il vient de vous être présenté, nous soutenons que le fait est entouré d'assez de circonstances pour commander la conviction la plus entière. Il est d'abord indubitable que les pustules de la dame Fleury contenaient du vaccin, puisqu'elles ont reproduit la vaccine. Ainsi, de deux choses l'une, ou elle les avait reçues de sa vache, ou elle s'était fait vacciner.

Considérez, Messieurs, dans quel dédale de suppositions il faut entrer pour soutenir l'hypothèse d'une vaccine. Comme on ne peut raisonnablement admettre dans une femme de la campagne, dans une simple laitière, les connaissances nécessaires pour concevoir l'idée d'une pareille imposture, il faut d'abord mettre un médecin dans cette affaire. Or, un médecin, s'il pouvait s'en trouver pour jouer un pareil rôle, se serait laissé arrêter dès le premier pas par la déclaration de sa complice, qui affirme qu'elle a eu la petite-vérole à l'âge de 7 ans, et qu'elle en a été traitée par M. Canuet. Il faut supposer qu'il s'est trouvé une femme assez hardie pour se laisser inoculer à la lèvre et sur les articulations des doigts. Il faut supposer que cette femme, capable de tout faire et de tout entendre, n'entend rien à ses intérêts. Elle attend que ses pustules soient presque passées pour aller consulter un médecin; elle s'arrête à Chaillot, elle ne parle même pas de sa vache. Ce n'est qu'à force d'instances que M. Perdreaux obtient qu'elle aille voir M. Nauche, et elle n'y va que le lendemain du jour où elle avait promis d'y aller. Est-ce là la conduite de la cupidité? Non, Messieurs, une femme mue par des vues d'intérêt, n'aurait pas été à Chaillot, elle serait venue à Paris, elle aurait été frapper à notre porte, à celle de l'institut, de l'école, que sais-je? Quand on accorde à une personne tant d'habileté pour jouer un rôle si compliqué, on ne peut lui refuser celle d'en savoir tirer parti.

Mais toute incertitude doit cesser devant le résultat. Bien que tous les boutons de nouvelle origine n'aient pas présenté le même développement, il s'en trouve dans le nombre qui ont dépassé tout ce qu'on connaissait de mieux à cet égard. Il serait bien singulier que le hasard se fut fait en quelque sorte le complice d'une femme, pour surprendre notre bonne foi. Quand même nous n'aurions pas d'autre raison, nous ne douterions pas, pour notre part, que la vache de Passy n'ait été réellement atteinte de la maladie connue sous le nom de *cow-pox*. Cette vache est noire, maigre, chétive; elle peut avoir de six à sept ans; elle était vêlée depuis six semaines environ, lorsqu'elle fut prise de son éruption. Dès ce moment elle passa deux jours entiers sans manger, et la sécrétion du lait diminua considérablement pendant quatre à cinq. Elle paraissait beaucoup souffrir quand on voulait la traire: aussi se laissait-elle approcher difficilement.

Cette vache a été vue de MM. Salmade, Cornac et Jadelot. Elle n'est à Paris que depuis deux ans; sa maîtresse m'avait dit qu'elle venait de Mantes, et aussitôt j'écrivis à M. le docteur Brosson, votre correspondant, pour avoir quelques renseignemens. Sur le conseil d'un confrère, j'avais même résolu de partir pour ce pays avec MM. les docteurs Miquel et Emery; mais avant de nous mettre en route, je dus m'informer du nom du marchand; la dame Fleury me renvoya à M. Chevalier, à Moneeaux, rue de Lévis, 36, et celui-ci me dit qu'il avait acheté cette vache à un marchand de Vernon, lequel la tenait d'un marchand d'Ecuy, près Rouen. Dès lors, il nous parut trop difficile d'en suivre les traces, et nous renonçâmes à notre voyage.

(*Extr. de la Lancette.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Emploi du colchique. — Dans une des précédentes séances, M. Mélier avait annoncé à la société qu'un de ses membres, M. Chailly, avait obtenu du colchique d'automne des succès tout à fait remarquables dans le traitement du rhumatisme aigu. La société, avait ajouté M. Mélier, entendrait sans doute avec plaisir ce que M. Chailly voudrait bien lui dire à ce sujet.

M. Chailly s'est empressé de se rendre à l'invitation qui lui a été faite, en lisant une notice sur l'emploi du vin de colchique contre les affections rhumatismales et goutteuses. La préparation de ce vin se fait de la manière suivante : on fait macérer pendant 4 jours une partie de graines choisies de colchique dans dix parties de vin de Malaga, on filtre ensuite la liqueur. Le médicament est administré à la dose d'une once, trois fois par jour.

M. Chailly rend compte des circonstances qui l'ont déterminé à avoir recours au vin de colchique et donne les résultats, généralement avantageux qu'il a obtenus, de ce traitement dans plusieurs cas de pratique qu'il rapporte avec détail.

M. Delens conseille aux médecins qui voudraient continuer les heureux essais de M. Chailly, de faire prendre le vin de colchique chez le pharmacien (M. Boullay) qui a préparé celui dont s'est servi notre collègue. La dose de semences indiquée par M. Chailly lui paraît trop considérable. Il regrette que l'auteur de la notice ne se soit pas étendu davantage sur l'historique du médicament. Il fait observer que les Anglais l'ont beaucoup préconisé depuis un grand nombre d'années; que ce sont eux qui ont substitué la graine au bulbe dans la préparation du vin de colchique.

M. Legras demande si le vin employé par M. Chailly était préparé avec du vin de Malaga. M. Chailly répond affirmativement.

M. Delens dit que le vin de colchique est fait avec différens vins et qu'il est également efficace lorsque ces vins sont de bonne qualité.

M. Guibourt pense qu'il n'est pas indifférent pour la conservation d'employer tel ou tel vin; la formule allemande porte du vin de Malaga. C'est celui dont on doit se servir pour le vin de colchique, comme pour tous les vins médicamenteux qui restent en vidange. La formule allemande prescrit une once de semences pour seize onces de vin, elle est bonne à conserver. M. Guibourt fait observer qu'il est souvent assez difficile de distinguer les semences de colchique de semences analogues, et que leur résistance élastique est telle qu'on est obligé, pour les pulvériser, de les piler dans un mortier.

M. Mérat dit que les vins médicinaux sont généralement de mauvais médicamens; que les premières doses peuvent en être bonnes, mais que celles qui viennent après le sont beaucoup moins, parce que les vins éprouvent des décompositions en restant en vidange. M. Mérat pense qu'on devrait préférer les teintures alcooliques. Il a fait usage du vin de colchique chez un malade qui s'en est bien trouvé; mais il n'ose rien conclure d'un seul fait.

M. Roche ne se prononce pas sur le mérite du colchique dans les affections rhumatismales. Deux faits, puisés dans sa pratique et en apparence contradictoires, lui commandent cette réserve. Chez un avocat, atteint d'un rhumatisme aigu, très-intense et crachant du sang à pleine bouche, auprès duquel M. Roche fut appelé, notre honorable collègue apprit que le malade avait pris du vin de colchique qui semblait avoir aggravé son état. Après la cessation du remède et à l'aide de nombreuses saignées, la guérison ne se fit pas longtemps attendre. Un goutteux, au contraire, auquel M. Roche donne également des soins, voit ses douleurs assez promptement soulagées sous l'influence de vin de colchique.

M. Maingault croit peu aux spécifiques, il ne s'étonne pas que le colchique ait des effets variables suivant la constitution des malades et suivant les époques de la maladie.

Avant qu'il ne soit voté sur l'impression du mémoire, M. Roche relève un passage dans lequel M. Chailly a prétendu que, semblable en cela à beaucoup d'autres médicamens, l'aconit avec lequel on avait obtenu de nombreux succès dans certaines névralgies, ne réussissait plus. M. Roche et M. Téallier font observer qu'ils retirent encore chaque jour de bons effets de ces médicamens. L'impression du mémoire de M. Chailly est ordonnée. (*Extrait de la Revue médicale.*)

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS CE VOLUME.

BULLETIN MÉDICAL BELGE.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

Rapport général sur les mémoires envoyés au concours, en réponse à la question suivante, proposée pour sujet de prix : l'inflammation est-elle toujours identique dans sa nature ? Dans la négative, établir les caractères généraux des différentes modifications auxquelles elle est soumise dans les maladies, et les changemens les plus notables que chacune de ses formes doit faire subir au traitement. 79

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

BELLEFROID. Note sur l'emphysème pulmonaire. (Anatomie pathologique.) 81

BINARD (FÉLIX). Observation d'abcès enkysté dans le lobe moyen de l'hémisphère gauche du cerveau, chez un individu affecté de pneumonie chronique. 83

MARCQ. Quatrième et dernière lettre sur l'homœopathie. 85

THIRION. Coup-d'œil sur l'ouvrage de M. Eble intitulé : De la structure et des maladies de la conjonctive, avec des considérations particulières sur l'ophthalmie contagieuse. 86

FALLOT. Cachexie scrofuleuse héréditaire, aménorrhée, œdème des pieds : apparition des règles, amélioration générale, obtenues par l'emploi du proto-iodure de fer. 93

VERBERT. Observations sur la proposition de M. Valérius, présentée au Congrès médical de Belgique, concernant la profession de pharmacien. 94

LITTÉRATURE MÉDICALE.

Essai sur les corps étrangers développés spontanément dans l'articulation fémoro-tibio-rotulienne, par M. De Caisne. (Analyse, par M. le Dr Thirion.) 100

Bulletin de la société de médecine de Gand. 103

CONGRÈS MÉDICAL DE BELGIQUE.

Programme des questions pour la deuxième session en 1836. *ib.*

JOURNAUX FRANÇAIS.

LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HOPITAUX.

Lacenaire et Avril. 105 et 121

HÔTEL-DIEU. (*Clinique de M. Roux.*) Pied équin. Opération par la division du tendon d'Achille. 107

COLLÉGE DE FRANCE. (*Cours de physiologie expérimentale de M. Magendie.*) 108, 112, 118, 125, 129, 135.

HÔPITAL DE L'ÉCOLE. (*Clinique de M. Cloquet.*) Abcès au sein ; fistule consécutive ; traitement par les bougies dilatantes. 109

» Abcès chronique dans la fosse iliaque interne; traitement par les moxas selon la méthode de M. Larrey. *ib.*

Coup-d'œil sur les argumentations dans le concours pour la chaire de clinique externe. *ib.*

HÔTEL-DIEU. (*M. Chomel professeur.*) Fièvre typhoïde sous forme muqueuse ; emploi des émissions sanguines et des boissons gommeuses ; guérison. 110

» Fièvre intermittente symptômatique d'une phlegmasie intestinale ; saignées locales, boissons délayantes ; guérison. 111

Coup-d'œil sur les thèses du concours pour une chaire de clinique externe. 112

Nomination de M. Sanson à la chaire de clinique externe. 115

HÔPITAL St.-LOUIS. Fistule vésico-vaginale. — Cystoplastie; procédé de M. Jobert. 116

PATHOLOGIE INTERNE. (*Cours de M. Andral.*) Leçons sur les maladies des centres nerveux. 119, 122, 127, 128, 138 et 142.

HÔPITAL DE LA PITIÉ. (*Clinique de M. Lisfranc.*) De l'emploi du calomel uni à l'opium contre les tumeurs blanches. 123

» Traitement des tumeurs blanches à l'état chronique. 130 et 140.

HÔTEL-DIEU. (*M. Chomel professeur.*) Ramollissement du cerveau, pris au début pour une affection typhoïde ; plus tard hémiplégie gauche ; mort ; ramollissement du corps calleux. 132

Tableau statistique des accouchemens de l'hôpital de Guy (Angleterre) depuis le commencement d'octobre 1833 à 1835. *ib.*

HÔPITAL MILITAIRE DU GROS-CAILLOU. (*Service de M. Poirson.*) Anus anormal ombilical ; cautérisation avec la potasse caustique ; guérison. 134

HÔPITAL DES ENFANS MALADES. (*Service de M. Baudelocque.*) Pleurésie gauche ; épanchement considérable dans la cavité pleurale ; traitement antiphlogistique ; résorption rapide ; guérison. 137

» Pleuro-pneumonie droite ; douleur de côté; crachats caractéristiques; signes stéthoscopiques nuls ; saignée ; boissons pectorales ; guérison. *ib.*

LALESQUE. Bruit de cuir neuf observé dans les muscles fléchisseurs superficiels des doigts, pendant leur contraction. 141

Découverte du Cow-pox à Passy. 143

HÔPITAL DES ENFANS MALADES. Rhumatisme articulaire subaigu. *ib.*

» Purpura hemorrhagica. 144

HÔPITAL DES ENFANS MALADES. Symptômes de carreau ; dégénérescence tuberculeuse des ganglions mésentériques ; excavation tuberculeuse du poumon droit. 144
ROGNETTA. Blennorrhagie urétrale chronique ; guérison radicale en quatre jours, à l'aide des injections de solution de nitrate d'argent. 145

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

JOBERT. Mémoire sur les fistules vésico-vaginales, et sur leur traitement par une nouvelle méthode opératoire. 103 et 127
QUISSAC. Mémoire sur la contracture des poumons et de la phthisie par contracture. 108 et 121
MALGAIGNE. Sur une complication peu connue de quelques grandes opérations. 115
» Des luxations de l'extrémité externe de la clavicule, nouveaux moyens pour les réduire et les maintenir réduites. 118

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE.

VALLEIX. De la spermatorrhée, ou examen de l'ouvrage de M. Lallemand, intitulé : des pertes séminales involontaires. 59
MONTAULT. Revue médico-chirurgicale. 66
I. Empoisonnement par une préparation opiacée (Laudanum liquide de Sydenham). Efficacité des vomitifs et de l'infusion de café à haute dose. *ib.*
II. Commotion de la moelle et rupture de la vessie, à la suite d'une chute sur le siége, d'un premier étage. *ib.*
III. Vrai croup ; trachéotomie pratiquée trois jours après le commencement de la seconde période de la maladie ; circonstance remarquable pendant l'opération. 67
IV. Symptômes d'affection granuleuse des reins (*affection de Bright*), promptement dissipés par la tisane de raifort sauvage. 68
V. Tumeur ostéo-sanguine, développée à la partie postérieure et supérieure du moignon de l'épaule. *ib.*
HÔPITAL DE LA CHARITÉ. Revue générale de la clinique de M. le professeur Bouillaud, pendant l'année 1835 ; par M. Jules Pelletan. 70
BAZIN. Observation d'asphyxie causée par les émanations de la houille en combustion. 75

BULLETIN CLINIQUE.

HÔTEL-DIEU. (*Clinique de M. Piorry.*) Anhématosie par refoulement du diaphragme et par l'œdème bronchique. Maladie du cœur consécutive. Dilatation remarquable de l'artère pulmonaire et de ses divisions. Cas remarquable d'hérédité. 25
CARRON DU VILLARDS. Études cliniques sur la kératite scrophuleuse. 28
Choix d'une nourrice ; par M. le docteur Maigne. (Analyse.) 33

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

GERARDIN (B.) Matériaux pour l'histoire de la sécrétion de la membrane interne vasculaire. 33
DURAND. Enfant de trois mois ; cyanose ; pneumonie ; mort ; autopsie ; hépatisation des poumons ; conformation particulière du poumon gauche ; cœur à un seul ventricule. 36
GAUDON. Rhumatisme articulaire traité par les frictions mercurielles. 38
» Catarrhe suffocant. 39
LEVRAT-PERROTTON. Observations sur l'emploi de l'oxide blanc d'antimoine contre les phlegmasies pulmonaires. *ib.*

REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

MOJON. Recherches sur la menstruation. 43
HATIN (FÉLIX). Histoire d'une affection typhoïde épidémique, observée chez de jeunes enfans. 47

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

HOURMANN ET DECHAMBRE. Recherches cliniques pour servir à l'histoire clinique des maladies des vieillards, faites à la Salpêtrière. 57
MARTIN-SOLON. Oblitération complète de l'artère brachio-céphalique et de la veine cave supérieure, déterminée par le développement progressif d'un énorme anévrysme de l'aorte ascendante. 65
DUPLAY. De la présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques de l'utérus à la suite de l'accouchement. 2e et dernier article.) 69

ARCHIVES DE LA MÉDECINE HOMOEOPATHIQUE.

RAU. Observations pratiques. 31
JAHN. Sur l'efficacité des très-petites doses de médicamens. 35

ANNALES D'HYGIÈNE ET DE MÉDECINE LÉGALE.

Condamnation à mort d'un aliéné homicide ; demande en commutation de peine, formée par le jury. 17

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

Les chiffres n'ont pas en médecine la valeur rigoureuse qu'on cherche à leur donner. 45
De l'état actuel de la thérapeutique concernant les anévrysmes internes. 47 et 53
De la thérapeutique actuelle considérée dans ses rapports avec la pratique médicale et pharmaceutique. 50

JOURNAL DE PHARMACIE.

HENRY (O.) ET BOUTRON-CHARLARD. Recherches sur le principe vénéneux de manioc amer. 37
SOUBEIRAN ET HENRY (O.) Rapport fait à la Société de pharmacie de Paris, sur un mémoire de M. André concernant l'action des acides et du chlore sur la quinine et les quinquinas. 40
BERZÉLIUS. Considérations sur les produits de la distillation sèche des corps organiques. 43
LEHMANN. Présence de l'acide hippurique dans l'urine diabétique. 44
BRANDES ET W. NEDDERMANN. Notice sur la préparation de l'acide hypochloreux. 45
PLANCHE. Observations sur la réduction du deutoxide de mercure par l'onguent brun. 46
Collyre du docteur Henderson contre l'amaurose. 47

ANNALES DE CHIMIE ET DE PHYSIQUE.

MORIN (A.) Mémoire sur la constitution des urines. 1
LONGCHAMPS. Théorie des acides hydrogéniques. 10

JOURNAUX ÉTRANGERS.

LONDON MEDICAL GAZETTE.

BRODIE (B. C.). Leçon clinique sur le tic douloureux, ou névralgie faciale. 137
LIZARS. Anomalie compliquant l'opération de la taille. Poche prostatique. 140
COLLINS. Observation de vagissement utérin. 141
GAY. Sur la pathologie du ramollissement du cerveau. *ib.*
BUSK. Tumeur anévrysmale développée dans l'orbite; ligature de l'artère carotide primitive. 144
CURRIE. Observation de rupture de l'utérus, suivie de guérison. 146

THE LANCET.

TYRREL. Leçons cliniques sur les maladies des articulations. 147
OSBORN. Goudron trouvé dans le sang. 151
SPILSBURY. Traitement de la phthisie pulmonaire par les frictions avec du lard. *ib.*

MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW.

MIDDLEMORE. Sur le ptérygion. 153
GREGORY. La petite-vérole à Naples. — Sur la dernière épidémie de petite-vérole à Londres. 154

THE LONDON MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

CORRIGAN. Leçons cliniques. — I. Affection de la portion cervicale de la moelle épinière, simulant une laryngite. — Anévrysme de la crosse de l'aorte, simulant la même maladie, 157. — II. Bronchite. — Rhumatisme chronique traité par l'hydriodate de potasse. 159
ADDISON. Observation d'hydropisie de l'ovaire, guérie par la rupture accidentelle du kyste. 161

RUST MAGAZIN FUER DIE GESAMMTE HEILKUNDE.

DIEFFENBACH. Observations sur les plaies du cou. 162

HUFELAND'S U. OSANN'S JOURNAL DER PRACTISCHEN HEILKUNDE.

BROSTE. Remarques cliniques sur la syphilis. 164

ZEITSCHRIFT FUER DIER GEZAMMTE MÉDICIN, ETC.

FRICKE. Sur le traitement de l'inflammation du testicule, par le moyen de la compression. 166

MEDIZINISCHE JAHRBUECHER DES OESTERREICHISCHEN STAATES.

BERRES. Sur les évacuations sanguines par la saignée et les sangsues. 168
Observation d'une hypertrophie de la rate. — Rate de 9 1/2 livres de poids. 169

RADIUS UND CLARUS, BEITRAEGE ZUR PRACTISCHEN HEILKUNDE.

ETTMUELLER. Sur l'induration de l'orifice cardiaque de l'estomac. 171

WOCHENSCHRIFT FUER DIE GESAMMTE HEILKUNDE, VON CASPER.

STOSCH. Observation sur la pathologie des maladies de consomption. 173

JOURNAL FUER CHIRURGIE UND AUGENHEILKUNDE.

ALBERS. Sur les tumeurs du larynx. 175
THIELMANN. Observation de trois reins trouvés dans le cadavre d'un homme. 178

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE.

MARTIN-St.-ANGE. Circulation du sang considérée chez le fœtus de l'homme et comparativement dans les quatre classes d'animaux vertébrés. Tableau synoptique d'anatomie analytique. 51
LARREY. Clinique chirurgicale, exercée particulièrement dans les camps et les hôpitaux militaires (Tome 5). *ib*
SCHWEIGHOEUSER. La pratique des accouchemens en rapport avec la physiologie et l'expérience. 52
ASTLEY COOPER. Œuvres chirurgicales complètes, traduites de l'anglais, avec des notes, par E. Chassaignac et C. Richelot. 54
PASQUIER. Essai sur les distributions et le mode d'organisation, d'après un système physiologique, d'un hôpital d'aliénés pour quatre à cinq cents malades, etc. 55
KUHNHOLTZ. Coup-d'œil sur l'ensemble systématique de la médecine judiciaire, considérée dans ses rapports avec la médecine politique. *ib.*
MARSHALL (JOHN). Practical observations on Diseases of the Heart, Lungs, Stomach, Liver, etc., occasioned by spinal irritation. 56
KREBS. Sur la nature et le traitement de l'hydrocéphale aiguë et de quelques autres affections du cerveau. 59
Bulletin bibliographique. 60

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie royale de médecine. 61
Société de médecine de Paris. 67